

La revue réformée

N° 149-1987/1 - TRIMESTRIEL - MARS 1987 - TOME XXXVIII

La revue réformée

publiée par

L'ASSOCIATION « LA REVUE RÉFORMÉE »
33, avenue Jules-Ferry, 13100 AIX-EN-PROVENCE
C.C.P. MARSEILLE 7370 39 U

COMITÉ DE RÉDACTION :

P. BERTHOUD, G. BOYER, P. COURTHIAL, W. EDGAR, J.-M. DAUMAS, P. JONES,
P. MARCEL, C. ROUVIÈRE et P. WELLS.

Avec la collaboration de Roger BARILIER, Klaus BOCKMUEHL, Jean BRUN,
J.G.H. HOFFMANN, A.-G. MARTIN.

Editeur : Paul WELLS, D.Th.

Abonnements 1987

1^o — FRANCE

Prix normal : 120 F — Solidarité : 200 F

Pasteurs et étudiants : 70 F

Etudiants en théologie : 55 F. 2 ans : 100 F.

2^o — ÉTRANGER

BELGIQUE : M. le Pasteur Paulo MENDES, Place A.-Bastien, 2. 7410 Mons (Ghlin).

Compte courant postal 082-4074040-64.

Abonnement : 1.000 FB — Solidarité : 1.600 FB.

Pasteurs et étudiants : 600 FB.

ESPAGNE : M. Felipe CARMONA, Andrés Febrer, 31 Barcelona 19, Cuenta corriente postal N° 3.593.250 Barcelona.

Abono Anual : 2.000 Pesetas.

Para pastores y responsables : 1.000 Pesetas.

ITALIE : Libreria di Cultura Religiosa, Piazza Cavour 32, Roma. C.C. Postale 14013007.
Abonnement : 26.000 lires.

Pasteurs et assimilés, étudiants : 16.000 lires.

PAYS-BAS : Mme F.J.A. de ROO-PANCHAUD, « L'Abri », Hofakkers 18, Zuidlaren (Dr).
Giro 1376560.

Abonnements : Florins 60 — Solidarité 80 Fl.

Etudiants : Fl. 30.

SUISSE : M. Fernand HERMENJAT, case postale 3007 – 1002 Lausanne. Compte postal :
La Revue Réformée, Distribution Suisse, 10.44 88. Lausanne.

Abonnements : 40 CHF — Solidarité 60 CHF.

Etudiants : 25 CHF.

AUTRES PAYS : Tarifs français + 30 FF.

Envoy « par avion » : Supplément aux tarifs ci-dessus 30 FF ou 10 CHF.

Prix du fascicule : 35 FF pour l'année en cours
25 FF pour les années précédentes

ACCOMPAGNER LA VIE ET LA MORT EN MÉDECINE

Etienne MARTIN *

Le titre proposé est si vaste qu'il est nécessaire de le limiter à des considérations sélectionnées qui seront centrées sur *la médecine devant la mort et les mourants*.

Il est évident que l'acte de soigner est, dans son essence même, un acte de défense de la vie à tous ses instants et de lutte contre la mort. Parler de la mort, du mourir et des mourants est s'engager, pour un médecin, sur le terrain des limites et des échecs du pouvoir médical. Il serait tentant et caricatural de dire que le mourir n'est pas et ne devrait pas être du domaine de la médecine et des médecins qui sont en face d'un phénomène naturel, universel et inéluctable contre lequel ils ne pourront jamais rien. On peut naître et on peut mourir sans médecin ; il s'agit de deux phénomènes naturels.

Mais le fait est là, la naissance est devenue un phénomène, non pathologique certes, mais médicalisé et accompagné dès la fécondation par la médecine.

La mort est devenue, elle aussi, inéluctablement un temps médicalisé de la vie et qui est pris en charge sur le plan médical ou devrait l'être mieux qu'il ne l'est.

I. EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE LA MORT DANS LES PAYS OCCIDENTAUX

Fondamentalement chacun d'entre nous sait très tôt qu'il est mortel et que la fin inéluctable de la vie est cet arrêt de la vie. Chacun de nous perçoit aussi qu'il s'agit d'un événement strictement personnel qu'il faudra aborder seul. Nul d'entre nous ne sait le lieu et l'heure, et surtout nul d'entre nous ne sait le comment.

* Le professeur Etienne Martin enseigne la cytologie à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, dans la région parisienne.

Cette notion implicite déclenche en chacun de nous, même inconsciemment, même légèrement et probablement depuis des temps immémoriaux les mêmes interrogations, les mêmes craintes et inquiétudes.

C'est probablement pour rompre ce sentiment d'inquiétude ou d'angoisse ou pour l'atténuer que la mort a, de tout temps, été plus ou moins intégrée dans la vie des sociétés, des familles et entourée par des rites et par des manifestations. La mort est devenue un phénomène public faisant partie des manifestations de la vie familiale et collective.

La perception de la mort était, elle aussi, différente. Elle était partout présente et fréquemment et précocement présente : la mortalité infantile était très élevée ; des maladies même banales étaient létales ; les épidémies étaient nombreuses et effroyables et tuaient des centaines de milliers de personnes.

Mais cette mort quotidienne était socialement intégrée, surtout depuis le 15^e siècle ; des manuels en images destinés à apprendre à mourir (*artes moriendi*) faisaient du mourant celui qui préside sa propre mort. On mourait presque toujours chez soi, dans son lit, entouré par la famille. Les enfants n'étaient pas écartés du spectacle des mourants. La mort était donc considérée comme un fait naturel, quotidien, en face et à côté duquel il fallait vivre.

Pour les plus humbles, l'hôpital ne permettait pas d'espérer la guérison, mais était le lieu de l'accompagnement, de la miséricorde et de la sollicitude, de la rupture de la solitude. Le sentiment religieux très généralisé et fort et les sacrements étaient probablement des moyens importants d'accompagnement et de réconfort. Au total, la mort était bien un phénomène socialement et religieusement intégré.

Or, depuis 50 ans, toute une série d'évolutions de la société, des individus, de la médecine, de la religion ont complètement bouleversé et modifié ces façons de mourir et cette perception de la mort.

Aujourd'hui, les phénomènes sociologiques ont été l'urbanisation rapide et importante, l'éclatement et l'éparpillement des familles, les modifications des conditions de logement, les changements des rythmes de travail, le développement des loisirs etc. Toutes ces conditions ne permettent plus la prise en charge des malades, des vieillards et a fortiori des mourants.

Le deuxième groupe de facteurs est celui des progrès de la médecine et du développement des structures hospitalières.

Grâce à ces progrès, la mort est devenue depuis quelques années beaucoup plus rare chez l'enfant ; jusque et y compris en période néonatale.

L'espérance de vie des hommes et surtout des femmes est située maintenant à une moyenne de plus de 70 ans.

D'autre part l'information sur les progrès de la médecine faite par les massmedia, véritables coulisses de l'exploit, a montré que la médecine, la chirurgie, la réanimation, les diverses thérapeutiques sont capables de gué-

rir de très nombreuses affections mortelles il y a encore peu et de maintenir les hommes et les femmes dans de bonnes conditions physiques, même à l'aide de prothèses.

La grande majorité des gens ont, et c'est une bonne chose, pris plus grand soin de leur santé, fait reculer les limites et les manifestations du vieillissement et inconsciemment enfoui une partie de la conscience de leur finitude et de leur mort.

Tout le monde attend et espère tout ou beaucoup de choses de la médecine et, à la moindre alerte, même la dernière, le réflexe est de recourir à la médecine et de se précipiter dans les institutions publiques ou privées.

Ces deux modifications, sociologiques et médicales, ont fait que toute menace de mort est considérée comme une maladie qu'il faut essayer de traiter.

Les structures et les mentalités familiales ne sont plus prêtes à assumer le risque de mort à domicile.

Le réflexe est donc de déléguer à l'institution hospitalière et à ses membres le soin de s'occuper du mourant et de l'accompagner, avec le prétexte ou l'espoir que la médecine pourra peut-être encore faire un miracle et reculer cette échéance. Cette attitude est d'abord celle des proches et des familles, mais aussi celle de la plupart de ceux qui se sentent menacés.

La mort n'est plus considérée comme une fatalité acceptable, tolérable et plus ou moins imminente mais comme un horizon général, certes inévitable, mais qu'il faut refouler le plus loin possible, presque escamoter ou cacher.

Il s'est donc installé un nouvel idéal social qui est de mourir discrètement, de se retirer pour ne pas gêner, car la mort publique, la mort au sein de la famille est devenue un spectacle et une situation sinon intolérables tout au moins de moins en moins supportables.

Dans une société développée et de consommation dirigée comme la nôtre, la mort, si elle n'est pas étouffée discrètement, dérange toute une ordonnance subtile des choses.

Tout ceci aboutit à un relatif escamotage du mourir. On ne porte plus le deuil. On ne fait plus de convoi funèbre. On supprime le noir. Seules les cérémonies d'inhumation sont des moments de réinsertion sociologique et religieuse a posteriori, peut-être encore maintenus par les vivants dans l'espoir que leur propre mort ne se passera pas dans l'indifférence totale.

Les soignants sont ainsi implicitement sollicités à devenir les agents d'une sorte d'escamotage social de la mort sous le couvert d'une assistance médicale.

De même que plus de 70 % des femmes accouchent en institution hospitalière, de même plus de 70 % des hommes meurent à l'heure actuelle en institution.

Si dans le premier cas, il semble s'agir globalement d'un progrès qui a

diminué les accidents et incidents, dans le deuxième nous allons voir maintenant que cette charge que les familles et la société confient aux institutions et aux soignants soulève de nombreux problèmes difficiles et présente le risque de rejeter les mourants dans de véritables ghettos d'indifférence.

II. MOURIR EN INSTITUTION

Il faut maintenant analyser les différentes conditions et les différentes façons dans lesquelles ce moment de la mort se passe au sein des institutions et comment se déroule ce passage difficile, et parfois dramatique, pour les trois protagonistes que sont le malade, les soignants et la famille.

C'est tout d'abord une évidence de dire que si nous sommes tous égaux devant la mort et appelés à mourir, il n'y a pas de plus grande inégalité et injustice que dans les moments et dans les façons de mourir.

Les attitudes, les actions et les réactions des trois protagonistes seront éminemment différentes selon ces conditions.

En préambule à cette analyse, je voudrais souligner que l'inégalité et l'injustice qui sont perçues dans les différentes façons de mourir tiennent probablement à une perception intuitive et programmée du moment de notre mort. La vie des hommes est en grande partie programmée. Il y a des temps biologiques : celui de la naissance, de la maturation psychique, intellectuelle, affective, sexuelle ; le temps de la fécondité ; le temps du vieillissement et le temps du mourir. Est anormal tout ce qui perturbe ce cycle et cette chronologie de la vie. Toutes les morts qui surviennent en dehors de ce schéma, profondément enraciné dans les consciences individuelles et collectives, sont considérées comme injustes et choquantes et donc difficiles à accepter.

C'est ainsi que sont considérées comme injustes les morts de sujets jeunes victimes d'accidents graves ; les morts intolérables des enfants déjà conscients atteints de maladies graves plus ou moins prolongées ; les morts des nouveau-nés ; les morts toujours douloureuses des adultes, surtout jeunes, atteints de maladies incurables, notamment cancéreuses. Seules sont appelées des bonnes et belles morts celles des sujets qui, après une très longue période de vie active et d'intégrité physique, meurent brusquement ou très rapidement d'accident cardiaque ou cérébral majeur.

La mort juste est apparemment celle du vieillard arrivé au terme de sa vie. Mais, en fait, c'est celle qui, à l'heure actuelle, a le plus tendance à être enfouie dans le ghetto de l'indifférence.

Cette mort dite naturelle du vieillard, qui est arrivé au bout de ses moyens physiques et intellectuels, qui s'éteint lentement, nous interroge tous tant elle survient souvent dans des institutions et dans la solitude après une longue phase de dégradation. Il s'agit d'un problème qui est devenu majeur, qui ira en s'accroissant et qui est à la fois médical et sociologique.

Les parents vivent de moins en moins souvent chez leurs enfants et pas toujours à leur proximité.

L'augmentation de la durée de vie aidant, le vieillissement permet très longtemps une vie autonome. Mais dès que surviennent ou débutent des troubles physiques, et a fortiori psychiques, la famille est de moins en moins apte, et désireuse de prendre en charge les parents âgés qui sont alors confiés aux institutions, hôpitaux ou maisons de retraite plus ou moins médicalisées ou asiliaires. La délégation faite par les familles et la société à des structures et à des soignants pour s'occuper de ces personnes très âgées aboutit inévitablement, même dans les institutions les plus modernes et les mieux équipées, à une rupture de la communication et du dialogue et à une destructuration ou à un isolement dans le silence.

La mort se produit le plus souvent discrètement et très vraisemblablement dans la plus grande solitude. Quelquefois elle survient après plusieurs accidents qui obligent à des soins de réanimation. Il n'est alors (pour les équipes soignantes et pour les familles) pas toujours facile de savoir jusqu'où et jusqu'à quand pratiquer ces traitements à la limite de l'acharnement thérapeutique. Il est hors de question de tolérer, à l'opposé, la moindre tentative d'euthanasie. Il s'agit ici de problèmes majeurs, actuels qui ne feront que croître et qui risquent de nous toucher personnellement un jour.

Lors du XIV^e Congrès Médico-Social Protestant à Paris en octobre 1985, G. Dufoix a fortement insisté sur ce problème à la fois humain et financier qui nous est posé à tous.

Que faire ? :

- Les établissements de qualité sont insuffisants en nombre ;
- Leur médicalisation est faible ;
- Il y a peu de médecins gériatres ;
- Les structures d'accompagnement et d'animation sont encore très souvent rudimentaires ;
- Les restrictions budgétaires risquent de freiner ou d'empêcher l'amélioration de ce problème ;
- G. Dufoix dénonçait la démission des familles ; mais un retour et un maintien des vieillards au milieu des familles sont-ils matériellement et effectivement envisageables ?

Il est en tout cas inconcevable que, partout où existent des établissements de gériatrie, il n'y ait pas des efforts d'animation, d'accompagnement, de présence et de disponibilité qui permettent le maintien des meilleures conditions de vie, non seulement physiques mais surtout relationnelles et affectives jusqu'à la mort ; les chrétiens ont là un rôle non négligeable à jouer : accompagner la vie jusqu'à la mort.

Je voudrais maintenant m'arrêter quelques instants sur les problèmes de la survie ou de la mort des enfants en période néonatale. Il existe là des

problèmes nouveaux liés au perfectionnement de la réanimation néonatale, qui permet de soigner des nouveau-nés en grande prématurité ou souffrant de désordres liés à des grossesses et à des accouchements difficiles. Grâce à ces unités dont sont dotés presque tous les grands centres ou ensembles hospitaliers, la mortalité néonatale a fortement regressé et bon nombre d'enfants qui seraient morts il y a encore à peine dix ans survivent et se développent normalement.

Mais cette réanimation très difficile fait parfois survivre des enfants dont on reconnaît, a posteriori, qu'ils sont définitivement porteurs de lésions cérébrales plus ou moins profondes et irréversibles, et qu'ils risquent donc de devenir de grands insuffisants cérébromoteurs qui ne meurent pas spontanément dès cette période pour quelques-uns.

Ces cas sont devenus de plus en plus rares, car les équipes ont appris à mieux apprécier et déterminer les critères qui justifient la mise en route d'une réanimation ou l'abstention c'est-à-dire le refus d'un acharnement thérapeutique. Les parents sont bien entendu informés de ces orientations dans les deux cas.

L'autre circonstance, elle aussi de plus en plus rare depuis la détection précoce *in utero* des malformations, est la naissance d'un enfant malformé. Une réanimation ne sera tentée, en cas de nécessité, que si les parents la réclament expressément. Il est là encore impossible de se livrer à une euthanasie active et délibérée ; il s'agit simplement de ne pas engager de bataille contre une situation qui sera peut-être spontanément létale.

Dans toutes ces situations, ce sont les parents, et notamment les mères, qui doivent être entourés d'une attention particulière par les soignants.

* * *

Les problèmes les plus difficiles en médecine sont ceux qui touchent la mort de l'enfant et de l'adulte conscient. Il ne s'agit pas des problèmes soulevés par des maladies et des accidents brutaux ; en effet, quand des enfants ou des adultes sont brutalement menacés dans leur intégrité et leur vie par des maladies ou accidents aigus, la démarche immédiate est de les diriger vers une institution hospitalière d'urgence. Dans tous ces cas, les équipes soignantes engagent une véritable bataille de plus en plus souvent efficace pour éviter la mort, maintenir en survie, réparer, opérer, traiter si possible jusqu'à la guérison la plus satisfaisante possible.

Aucune autre considération ne compte pour les soignants, le malade et la famille, que de tout faire pour gagner cette bataille. Le risque d'échec et de mort est connu de tout le monde ; l'espoir de récupération, de guérison, parfois de véritable résurrection est très souvent important. L'angoisse du malade et des familles est atténuée par la perception que tout est fait pour le sauver. Les cas désespérés concernent des malades qui sont souvent en partie comateux et qu'une réanimation intensive ne sort pas d'affaire, et on rentre à nouveau dans le problème des maintiens en survie, de malades en coma irréversible. Là encore se discute la pratique d'une certaine forme

d'euthanasie. Les décisions et le dialogue se passent entre les soignants et la famille qui a besoin d'être particulièrement informée et entourée dans ces épreuves souvent brutales et dramatiques.

III. LA MORT DES MALADES CHRONIQUES

Les situations les plus difficiles concernent les enfants et les adultes atteints de maladies graves difficilement curables ou qui arrivent au bout de toutes les ressources thérapeutiques humaines. On y intègre une partie des maladies cancéreuses, certaines maladies dégénératives du système nerveux ou des muscles nerveux ou des muscles telles que la sclérose en plaques, les myopathies etc... Dans ces cas, les trois protagonistes cités plus haut (malade - famille - soignants) ont à vivre des relations étroites mais très souvent difficiles.

Dans ces relations qui peuvent être longues, étaillées sur plusieurs années, plusieurs types de problèmes se posent à des moments différents :

- celui de la vérité au malade et à la famille ;
- celui de l'acharnement thérapeutique ou plus exactement du choix des thérapeutiques ;
- celui du traitement des douleurs ;
- celui de l'accompagnement et du type d'accompagnement jusqu'à la fin.

Si on essaie d'analyser ces situations qui s'enchaînent chronologiquement, on peut dire que lorsqu'un malade consulte pour des troubles qui pourraient correspondre à un processus tumoral, le réflexe de tout soignant est de ne pas endormir le malade par des phrases lénifiantes mais de lui conseiller, sans l'inquiéter par des menaces non fondées, de faire pratiquer des examens précis dont la complexité ira croissant au gré des découvertes, des explorations.

On peut affirmer que le médecin, qui aura le plus grand rôle dans les chances de guérison d'un malade, est celui qui saura pressentir, flaire qu'il y a des symptômes qui demandent à faire pratiquer des examens et qui saura convaincre le malade de se faire examiner. Les progrès dans ce domaine ont été tout à fait considérables ; on peut obtenir la preuve de la nature cancéreuse d'une lésion à des phases très précoce et en n'importe quel point de l'organisme.

Dès ce diagnostic posé survient alors le problème de la vérité et du traitement. Il est de moins en moins possible et justifiable de traiter un malade sans lui demander son avis et lui expliquer. Est-ce à dire qu'il faut donner le diagnostic sans nuance et systématiquement ? Certains médecins le pensent. D'autres plus nombreux savent que cette vérité demande à être présentée progressivement avec des nuances et surtout selon le type de lésion,

ses possibilités de traitement et ses chances de guérison, et aussi selon ce que le malade demande ou est prêt à entendre.

Il n'est pas difficile, en effet, d'annoncer qu'une petite tumeur de la peau a été complètement enlevée mais demande ou un traitement complémentaire local, ou une surveillance intermittente.

Il peut être possible de dire qu'il est nécessaire de faire une amputation d'une partie du colon pour une tumeur qui risque de dégénérer.

Il est souvent difficile de ne pas évoquer l'existence d'une tumeur pulmonaire ou hépatique ou mammaire pour expliquer qu'une intervention chirurgicale lourde ou qu'une radiothérapie ou chimiothérapie agressive sont justifiées et augmentent les chances de guérison. Les progrès dans ces trois domaines ont été eux aussi très importants et permettent de guérir beaucoup plus de cancéreux qu'il y a vingt ans.

Malheureusement, il persiste encore trop de tumeurs, découvertes trop tard ou localisées dans des endroits peu accessibles tels que le cerveau ou le pancréas, ou dont on connaît la particulière malignité et la haute capacité de récidive et de diffusion. Est-il licite d'annoncer ce diagnostic à un malade à qui on n'a pas grand chose à proposer ? Est-il licite de proposer un traitement très lourd et agressif dont les chances d'efficacité sont faibles sinon nulles ? Cette dernière tentation est grande et parfois payée de succès temporaires ou inattendus dans les équipes les mieux équipées et entraînées. Leur mise en route ne peut se faire qu'après discussion avec la famille et avec le patient lui-même qui fatallement entre dans la vérité de sa maladie à cette occasion et prend conscience qu'il est vitalement menacé.

Cette bataille ne peut valablement être engagée que si les trois partenaires se sont mis d'accord. Une attention et un accompagnement particulier devraient être portés par les soignants à l'égard de ces malades fragilisés, anxieux et plongés dans l'inconfort de traitements agressifs.

Jusqu'à ces stades, les soignants savent garder le contact avec le malade. Ils sont actifs – parfois trop. Ils ont un motif de dialogue mais qui reste de l'ordre technique et superficiel. Cet activisme forme écran et cette attitude facile ne laisse guère le temps et la disponibilité pour réellement discuter avec le malade, ou simplement pour écouter ses questions, ses inquiétudes ou son angoisse. La technique constitue un écran, une protection des soignants vis-à-vis du malade menacé ou condamné à terme.

Reste le moment le plus difficile, soit d'emblée, soit après une longue phase de rémission ou de succès apparent des traitements, celui de la maladie qui évolue inexorablement, qui devient résistante et au-dessus de toute ressource thérapeutique, ou simplement de l'approche de la mort chez le vieillard. Ce moment est le plus difficile car la tendance spontanée des soignants, et notamment des médecins, est de fuir le contact du malade.

En effet, ceux dont la seule justification est d'agir pour la vie, de guérir, perçoivent qu'ils sont arrivés au bout de leur possibilité. Il y a à la fois un sentiment d'échec et une remise en question de l'utilité de leur présence. De plus, toute mort vécue surtout dans la souffrance et la déchéance peut être

une image de notre propre et inéluctable mort. Les soignants ont donc à surmonter et à analyser cette double cause d'angoisse qui les pousse, trop souvent, à baisser les bras, à démissionner, à disparaître et à laisser les mourants dans la solitude et devant leur angoisse.

Dans la mesure où de plus en plus de gens meurent en institution, cette attitude n'est plus justifiable. Familles et malades ont, en effet, particulièrement besoin d'être aidés, soutenus, accompagnés dans cette phase difficile et les soignants, particulièrement chrétiens, ont un rôle essentiel à jouer.

Elisabeth Kübler-Ross, dans son long côtoiemment avec les mourants, a bien décrit toutes les étapes progressives et successives d'adaptation à l'inéluctable des malades gravement atteints durant leur évolution vers la mort. Il s'agit d'une prise de conscience lente de cet inéluctable qui passe par des phases alternées et imprévisibles de révolte, d'agressivité, de dépression, de marchandage, d'incrédulité, de repli sur soi, d'acceptation ou de détachement, de tristesse ou de sérénité. Pendant toute cette phase l'angoisse et les souffrances, tant physiques que morales du malade, sont considérables mais pas toujours avouées ou perçues.

Mourir, agoniser est presque toujours une lutte et une souffrance due à la menace de rupture avec les siens et les êtres chers, à une perte de l'autonomie, à une déchéance physique, à une sensation d'extrême solitude ; toutes ces souffrances rendent difficile la relation avec les siens et avec les visiteurs. C'est à cette période qu'il peut être indiqué d'accéder au désir d'un malade de retourner chez lui et de mourir dans son cadre de vie habituel, entouré par les siens. Mais, hélas, cette solution n'est pas toujours facile, soit pour des raisons matérielles, soit pour des refus ou des angoisses des proches, soit pour des raisons médicales.

C'est là où l'institution médicale a à jouer un rôle à la fois de soins mais surtout d'accompagnement. De soins non pas d'acharnement thérapeutique, mais de soins de confort afin de soulager les souffrances sans entraîner la perte de lucidité ; il existe actuellement de très nombreuses possibilités de traitements anxiolytiques et sédatifs qui assurent cette dignité et ce relatif confort physique.

Mais ces soins ne suffisent pas ; le mourant même s'il ne parle pas a besoin d'une présence, a besoin d'être écouté, d'être accompagné. Il est très important pour les soignants de ne pas s'escamoter, d'accepter de prendre le temps de s'asseoir, de tenir la main, d'attendre une question, de discuter en vérité et en sérénité sur des questions tantôt d'apparence futile, tantôt plus fondamentales. La relation avec le malade ne doit pas être interrompue comme s'il était déjà mort. La relation n'est plus thérapeutique, elle est simplement et profondément humaine, elle doit être faite de disponibilité et d'amour simple en face de celui qui est aux portes d'un au-delà inconnu et devant une incertitude, devant l'anéantissement.

Il est rare qu'un malade menacé et qui rencontre quelqu'un à qui parler, proche, aumônier, soignant n'ait à un moment ou à un autre, même en se disant agnostique, une angoisse et une interrogation spirituelle. Il y a ins-

inctivement une quête et un besoin d'enraciner son existence dans une transcendance qui assure qu'une vie riche en sentiments, en actions, en relations, ne saurait être engloutie dans la mort.

Les grands malades en phase terminale et les vieillards sentent souvent que leur fin est prochaine et c'est à ce moment que se manifestent parfois une demande spirituelle et des besoins spirituels qui sont des plus divers. Mais il n'y a pas deux fins de vie identiques ; et lorsqu'une malade peut exprimer ses besoins, il y a un appel instinctif à la vie, une quête éventuelle de la résurrection, un besoin de mettre de l'ordre dans ses idées et ses sentiments, un besoin d'être tranquillisé ; certains demandent à communier. Le mourant a besoin de recevoir une présence c'est-à-dire d'avoir quelqu'un qui soit témoin de cet événement capital qu'est la mort. L'approche de la mort peut provoquer un appel à la foi car elle remet en cause le sens de la vie. Cette foi peut se communiquer par la parole et par le geste et cette relation affective forte est plus apaisante qu'un discours rationnel.

CONCLUSION

C'est dire qu'il n'est pas facile d'accompagner un mourant jusqu'au seuil de la mort, ni pour les proches et encore moins pour les étrangers ou les soignants ; les institutions, de mieux en mieux équipées pour le confort et les soins, ne sont pas encore, hélas, les lieux idéaux pour assurer cet accompagnement au mieux.

Que peut-on faire pour améliorer cet accompagnement et entourer le mourant, lui éviter de mourir dans le silence, la solitude, le désespoir et l'angoisse ?

Faut-il réserver ou organiser des institutions pour les mourants, type hôpital St Christopher à Londres ou type les Centres Albatros au Canada ? Ces centres permettent d'assurer au mieux des traitements efficaces et équilibrés pour soulager les douleurs et atténuer l'angoisse ; ils assurent, grâce à un personnel spécialement préparé, ces relations et cet accompagnement de vie qui considèrent jusqu'au bout le malade comme capable de participer à sa propre vie et à celle des autres. Ces centres ont été conçus et sont acceptés en pays anglo-saxons probablement à cause de la mentalité assez spécifique à ces pays. En France il existe peu d'établissements de ce genre et ils ne disposent pas du même environnement.

Le reproche et le risque sont que ces établissements soient considérés comme des mouroirs ou comme de véritables ghettos de la mort où une fois de plus les familles délèguent à des tiers la charge de supporter cette épreuve du mourir.

Quelles sont les alternatives possibles ? On peut apporter une amélioration :

— par la création des centres antidouleurs qui disposent de moyens et de personnels capables de s'occuper avec efficacité de ce problème ;

- par le retour de plus en plus fréquent à domicile ; ce qui est actuellement de plus en plus possible grâce au développement et à l'organisation de l'aide et des soins à domicile ;
- par l'ouverture plus libre et plus permanente des services hospitaliers aux proches et aux accompagnants ;
- par une meilleure présence de l'ensemble des équipes de soins auprès de ce type de malades et de mourants.

Sur ce dernier point, il y a beaucoup à faire, et n'importe qui n'est pas prêt à assurer correctement cet accompagnement. Ce problème récent a de mieux en mieux reçu réponse dans les centres et les services de soins des malades graves, notamment dans les centres anticancéreux et les services d'enfants.

Mais il n'en va pas de même partout et notamment dans beaucoup d'établissements de vieillards.

Ce problème est d'autant plus difficile qu'il n'y a pas de recette pour accompagner ; il y a simplement une façon d'être et quelquefois des gestes simples. Souvenons-nous que dans la mort d'Ivan Illich, le seul être qui apportait soulagement et sérénité était le serviteur, présence silencieuse, qui acceptait de tenir les pieds de ce mourant.

Il faut que les soignants, la famille et le mourant acceptent de considérer la mort, non plus comme une menace à combattre à tout prix, mais comme la fin et l'accomplissement normal d'une vie. Il faut que les soignants veillent à organiser une chaîne de présence et de relations avec la famille qu'il faut aussi entourer et aider, avec des proches, des aumôniers, des visiteurs.

Cette présence doit retrouver la simplicité et la chaleur de la relation quotidienne ; ne pas négliger la relation par le corps et le geste ; se traduire parfois uniquement par la présence silencieuse de celui qui lit tranquillement à côté et est prêt à entendre ce que le malade a à dire ou à réclamer. Ce rôle peut être joué par d'autres membres que la famille ou les soignants, mais pas par n'importe qui et n'importe quand.

Les visiteurs qui acceptent d'avoir ce type de présence doivent être formés et informés. Ils doivent suivre le malade, le visiter non pas aux phases toute ultimes de leur maladie mais beaucoup plus tôt.

Il en est de même pour les aumôniers qui ne doivent plus être ceux qui par leur présence annoncent l'imminence de la mort et viennent pour en parler.

Il faut s'inquiéter d'un discours qui ne serait que théologique et oublierait les données humaines essentielles.

Le rôle de toute cette équipe est d'être des vivants accompagnant la vie jusqu'à la mort, en étant disponibles, présents, à l'écoute et en maintenant jusqu'au bout la relation respectueuse et attentive que même les malades les plus silencieux attendent toujours.

L'HOMME, LA MORT ET LA VIE : PERSPECTIVES BIBLIQUES

Pierre BERTHOUD

Le climat culturel.

Quand on observe nos contemporains et qu'on prend le temps de réfléchir à la façon dont ils abordent la question de la vie et de la mort, on est frappé par un certain nombre de contradictions.

D'une part, on constate une surenchère sur la vie en général, abstraite et impersonnelle. Ainsi, on fait tout pour sauver les espèces de vie menacées d'extinction ; on s'en prend aux méfaits de la civilisation industrielle qui est souvent envisagée comme une agression contre la vie. Il suffit de penser aux campagnes en faveur des bélugas, des condors, des baleines et des limaces de mer¹. On se souvient encore des campagnes contre les méfaits du D.T.T. qui s'accumule dans le système organique et du mercure qu'on a retrouvé dans le poisson qui garnit nos tables². On peut penser aussi à la lutte contre la peine de mort et à la sacralisation de la vie (du coupable évidemment et non de la victime !). Une certaine forme d'acharnement thérapeutique ne relève-t-elle pas du même ordre d'idée, de ce souci de prolonger la vie terrestre comme si elle était notre seul absolu, notre seule espérance ? On comprend que l'homme éprouve une gêne devant la mort. En attendant d'y faire face, on l'évacue de son horizon, on cherche à la mystifier, à la tromper. On n'aime guère en parler ; c'est le sujet tabou par excellence.

D'autre part, on constate une banalisation de la vie et de la mort. Elle se manifeste surtout dans le peu de cas que l'on fait de la vie humaine. On échange des otages, des espions, des dissidents, comme on troque du bétail ou des marchandises. Les terroristes n'hésitent pas à sacrifier des hommes, des femmes et des enfants innocents pour faire avancer leur cause. Qui s'est

¹ Espèce de poisson qu'on croyait très rare. Pour la sauver d'extinction, on a même renoncé, aux Etats-Unis, à la construction d'un barrage. Par la suite, on l'a retrouvé dans de nombreux endroits.

² Or on a retrouvé du mercure dans des spécimens de poisson préhistoriques et le DTT a quand même contribué à la régression de la malaria (paludisme) et à prévenir la propagation du typhus à la fin de la dernière guerre, cf O. J. Scott, « Science vs. man », *Chaldecon Report* 246 (1986).

élévé sérieusement contre la destruction des populations *en Asie*³, *au Moyen Orient*, *en Afrique*⁴, ou *en Amérique latine*⁵ ?

Ne parlons pas de l'avortement, ni de la facilité avec laquelle on envisage l'euthanasie active aujourd'hui. Mais ce qui demeure particulièrement significatif, c'est la façon dont les média n'hésitent plus à étaler au grand jour, sans aucune réserve, les scènes les plus atroces, les victimes de la violence humaine et naturelle. On peut penser à la tragédie du Heysel ou aux derniers attentats à Paris dont les victimes (mortes et blessées) ont orné la couverture de plus d'un hebdomadaire. Qui n'a pas encore à l'esprit l'image de cette petite fille mourant à l'écran (pour ainsi dire), victime d'une catastrophe naturelle en Colombie ? Après tout, qu'est-ce que la vie humaine ? Et la mort n'est-elle pas le sort de tout un chacun, ne fait-elle pas partie de la chaîne de vie tout entière ?

Or ces contradictions que l'on observe chez nos contemporains correspondent à un double mouvement au sein des mentalités actuelles. On assiste à une valorisation de la vie en tant que principe abstrait et impersonnel. O.J. Scott dans son article va jusqu'à parler d'une « forme moderne d'animisme »⁶ qui sacrifie toutes les manifestations de la vie, mais au détriment de la vie humaine en quelque sorte. Il faut à tout prix protéger la Vie contre les agressions de l'homme. Du même coup, on assiste à une dévalorisation de l'homme en tant qu'être personnel. Il n'est qu'un maillon de la chaîne de vie – énergie vitale. Il s'intègre parfaitement au grand cycle de la Nature. Rien ne le différencie, si ce n'est sa complexité. On ne peut parler de différence qualitative. Aussi, on comprend mieux dans une vision autonome du monde, qui suppose un réel incréé, que la vie soit à la fois sacrifiée et bafouée. *Sacralisée* parce qu'elle est la seule valeur que l'être humain reconnaît dans l'univers, *bafouée* parce qu'elle n'est qu'une valeur impersonnelle et donc relative. Lorsqu'elle devient gênante, par commodité individuelle, sociale ou économique, on peut en supprimer la manifestation.

I. L'ANTHROPOLOGIE BIBLIQUE

À la suite de ces considérations générales sur le climat culturel qui nous environne, quelques remarques de caractère anthropologique s'imposent avant d'aborder les notions bibliques de la mort et de la vie. Que dit l'Écriture sur l'homme ? Qu'est-ce que l'homme, qui est l'homme ? Lorsqu'on aborde cette question, deux aspects s'offrent à nous : L'homme à l'image de Dieu, et l'unité et la dualité de l'homme.

³ Cambodge, Vietnam, Le Liban, la Chine et l'Afghanistan.

⁴ La Libye, l'Éthiopie, l'Uganda, le Zimbabwe, l'Afrique du Sud.

⁵ Guatemala, El Salvador, le Nicaragua, le Chili.

⁶ L'animisme reconnaît que chaque créature et objet a un esprit. Il attribue des qualités surnaturelles aux arbres, à certaines espèces animales, au ciel, à certains aspects de la vie marine et même aux insectes. Il s'apparente au panthéisme. Dieu est l'unité du monde ; tout est en lui. Il s'agit en fait d'une divinisation et donc d'une sacrification de la Nature.

A. L'HOMME A L'IMAGE DE DIEU

Lorsque le premier chapitre de la Genèse parle de l'homme, il déclare que celui-ci est créé à « l'image de Dieu » (Gn 1 : 27). C'est la même pensée que le Psalmiste exprime lorsqu'il dit de l'homme : « Tu l'as fait de peu inférieur à Dieu, et tu l'as couronné de gloire et de splendeur. Tu lui as donné la domination sur les œuvres de tes mains, tu as tout mis sous ses pieds... » (Ps 8 : 6, 7). Deux idées se dégagent de ces passages : la nature ou l'essence de l'homme, et sa fonction ou sa position dans la création.

1. La nature ou l'essence de l'homme

Le terme « image » signifie : éphigie, idole, représentation (1 S 6 : 5 ; 2 R 11 : 18 ; Ez 23 : 14).

a) Pour les anciens, une image partage de certaines vertus ou qualités de l'objet ou de la personne dont elle se rapproche. Il s'agit donc d'une image ressemblante. Ainsi l'homme se définit par rapport à Dieu. Comme Dieu, il est un être personnel ; il pense, il aime et il agit.

b) Il s'ensuit que cette notion exprime un rapport de vis-à-vis, d'intimité.

c) Enfin, cette expression contient l'idée de filiation. On la retrouve dans la généalogie de Jésus telle qu'elle nous est rapportée par Luc. En effet, Adam est déclaré « fils de Dieu » (Lc 3 : 38). L'apôtre Paul rejoint cette pensée lorsqu'il dit dans son discours à Athènes : « nous sommes tous de sa race » (Ac 17 : 28).⁷

2. La fonction ou le mandat culturel de l'homme

L'homme créé à l'image de Dieu, a pour vocation d'exercer la domination sur toute la création. Le Psaume 8, tout en soulignant la grandeur et la dignité de l'homme à l'aide du vocabulaire de l'intronisation, reprend le mandat créationnel... « Soumettez la terre et dominez sur les poissons de la mer, les oiseaux du ciel et tous les animaux qui rampent sur la terre » (Gn. 1 : 26-28). La même idée est reprise autrement dans le récit du jardin d'Eden : « Le Seigneur Dieu prit l'homme et l'établit dans le jardin d'Eden pour le cultiver et le garder » (Gn. 2 : 15). Le premier chapitre met l'accent sur la sujétion⁸ de la création. Cet être fragile est appelé à une destinée extraordinaire : exercer la 'royauté' au nom de Dieu sur toute la création.

7 H. Blocher, *Révélation des origines* (Lausanne : P.B.U. 1979) 72 ss.

8 *rādāh* : Piétiner, fouler aux pieds (les raisins dans le pressoir, Jr 4 : 13) ; dominer, gouverner (Ps 72 : 8) ; *kābāsh* : soumettre, faire violence (Jr 34 : 11, 16 ; Nb 32 : 22 ; Est 7 : 8). Suite à la présence du mal au cœur même de notre réalité, on constate une ambivalence dans l'usage de ces termes.

Ni Dieu, ni animal, il est gérant, économie, sous-gouverneur du Seigneur. Cependant, le second chapitre apporte une nuance importante comme pour prévenir tout abus dans la mise en œuvre du mandat créationnel. Il ne s'agit pas d'imposer une tyrannie à la création, mais plutôt d'exercer un service⁹. Lorsque l'homme exploite la terre, il a pour vocation de prendre soin de ce que Dieu lui a confié, il « adore » et sert Dieu dans le travail qu'il entreprend. Enfin, en appelant l'homme à « garder »¹⁰ le jardin, Dieu signifie qu'Adam en est responsable. Le Seigneur lui délègue une autorité qu'il aura à exercer avec sagesse et bienveillance. En fait cette domination doit se pratiquer avec la même sollicitude que le Père ne cesse de témoigner envers son œuvre. En effet, la création tout entière est au bénéfice de la rédemption acquise si chèrement en Jésus-Christ (Rm 8 : 18-22).

B. UNITÉ ET DUALITÉ DE L'HOMME

Les études relatives à l'anthropologie biblique ont fortement souligné, ces dernières années, l'unité de l'homme, son unité « psycho-physique ». Elles ont réagi contre toute idée de dualité et, en particulier, contre l'idéalisme du 19^e siècle. Ainsi, l'homme n'a pas un corps, il est un corps. Il est nécessaire de réaffirmer cet aspect de l'enseignement biblique. On évite ainsi la notion de l'immortalité de l'âme telle que nous la présente l'animisme ou la pensée platonicienne, par exemple. Mais il existe un autre piège dans lequel il ne faut pas se laisser prendre. Celui de la mentalité moderne qui réduit l'homme à une dimension purement horizontale. Il est essentiel de maintenir un équilibre entre l'unité et la dualité de la nature de l'homme. Car la dualité est, elle aussi, déjà présente dans les récits de la Genèse. L'expression « créé à l'image de Dieu » souligne la spécificité de l'être humain (Gn. 1 : 27). Certes, l'homme est un « terrien », il s'apparente aux êtres vivants en général, mais il s'en distingue par ailleurs. Le souffle qui l'anime est à la fois vital et personnel. Cet être vivant est un être personnel (Gn. 2 : 7). Les mots et les concepts employés ont des sens variés et ils ne sont pas toujours employés avec précision. Cependant, la mentalité biblique affirme la dimension verticale de l'homme. C'est un être spirituel capable de vivre une relation consciente avec Dieu qui transcende son corps sans dévaloriser ce dernier pour autant. Comme le dit avec beaucoup d'à propos H. Blocher, « l'esprit de l'homme est 'terrien' » et le « corps de l'homme est l'expression de son esprit ».¹¹

La Bible emploie plusieurs termes pour décrire l'homme dans sa relation avec Dieu ou son environnement, et pour préciser la structure, la nature de son être :

⁹ 'ahad : travailler, cultiver, servir : servir rituellement dans le temple, adorer Dieu : (Ex 5 : 18 ; 21 : 6 ; 2R 21 : 3 ; Ex 3 : 12).

¹⁰ shāmar : garder, surveiller, protéger, sauver (1 S : 17, 20, Ps 121 : 7, Gn 41 : 35).

¹¹ H. Blocher, *Révélation*, 82.

1. Corps et chair

Le corps accentue les associations historiques et externes qui affectent la vie de l'homme (*Sôma* en grec du N.T.). La chair (*Bâsâ* en hébreu et *sark* en grec du N.T.) évoque l'homme dans sa relation avec la nature et l'humanité dans son ensemble. Ce terme, à côté des usages connus — la chair : viande ; le corps : la partie visible de l'homme ; la parenté : le lien qui unit les hommes entre eux — souligne principalement la faiblesse et le caractère transitoire de la vie humaine. C'est sans doute pour cela que ce mot ne s'applique jamais à Dieu. Employé aussi pour les animaux, il « désigne quelque chose de commun à l'homme et à l'animal ». Mais on parle beaucoup plus souvent de la chair (*Bâsâr*) des animaux que de leur principe vital (*nêfesh*). C'est avec beaucoup de lucidité que H.W. Wolff nous rappelle ce caractère transitoire du terrien :

- L'être humain est entièrement dépendant de Dieu. La vie même de sa chair (*Bâsâr*) trouve son origine dans le Seigneur lui-même. (Jb 34 : 14b et 15a) ;
- « L'homme n'est que chair » ; il est passager et périssable (Gn 6 : 3) ;
- Comme « l'homme n'est que chair », fragile et transitoire, Dieu retient sa colère (Ps 78 : 38) ;
- L'homme est « chair », devant Dieu il se reconnaît pécheur (Dt 5 : 26).

La description de cette condition, vraie de tout homme, révèle que l'être humain est une créature limitée, mais surtout que sa misère mortelle est liée à son péché. Le psalmiste l'a fort bien évoqué lorsqu'il dit : « Toute chair (tous les humains) vient à toi chargée de ses fautes ». Lorsque l'homme est conscient de cette faiblesse inhérente, il peut espérer une solution. Et David continue : « Nos crimes sont trop lourds pour nous, mais toi tu peux en faire l'expiation » (Ps 65 : 3-4). Il s'ensuit que « 'Bâsâr' désigne aussi la faiblesse de l'homme dans la fidélité et dans l'obéissance à la volonté de Dieu ». ¹² Si l'Esprit en est l'antithèse (Es 31 : 3), il apporte cependant renouveau et espérance à celui qui répond à son appel contraignant... Mais c'est anticiper sur la suite de cette étude. Cependant, il est important de souligner que cet être corporel est tout rempli de dignité. Le dédain du corps est absent de la perspective biblique. Il n'est pas « cette 'guenille' qu'on méprise et dont on voudrait se débarrasser »¹³. Le corps tire sa dignité de ce qu'il est œuvre du Dieu créateur. Certes, il peut être sollicité en vue du péché, il peut devenir l'agent et l'instrument du péché et de l'injustice et

¹² H.W. WOLFF, *Anthropologie de l'Ancien Testament* (Genève : Labor et Fides, 1974) 35. Cet usage de (la notion) « chair » se retrouve aussi dans le N.T. 2 Cor 5 : 16v ; 11 : 18 et Rm 7 : 5, 18. Il s'agit de la fragilité de la créature et de sa faiblesse éthique. Cf. aussi Qumran où on parle de « chair pécheresse » et de « chair d'injustice » (1QM12 : 12 et 1QS11 : 9).

¹³ Ed. Dhorme, *L'emploi métaphorique des noms de parties du corps en hébreu et en akkadien*, (Paris : P. Gauthier, 1963).

même être dépravé (Rm 6,6), le corps demeure néanmoins bon. Mais puisqu'on souligne l'unité fondamentale de la nature humaine – on ne sépare pas volontiers le corps de l'âme, le principe vital et personnel –, voyons quels sont les autres termes qui évoquent la spécificité de l'homme.

2. *L'esprit (ruah en hébreu et pneuma en grec)*

Ce mot « exprime le souffle du vent, le souffle respiratoire, la vie animale et son principe, le principe des passions ou des résolutions, le principe de la sagesse ». Mais lorsqu'il « n'est pas entendu dans le sens de souffle, il s'applique toujours à l'homme ou à Dieu »¹⁴. Ce terme dénote l'homme doté de pouvoir qui est en relation avec Dieu, avec l'Esprit de Dieu¹⁵. Mais cet aspect de son identité demeure étroitement lié à son corps.

3. *L'âme (nèfesh en hébreu et psyché en grec)*¹⁶

Si ce mot a une diversité de significations – « la gorge », « le cou » et « le désir » – il place cependant l'accent sur l'individualité et la vitalité de l'homme. Ce terme porte une plus grande attention à la vie et aux sentiments intérieurs ainsi qu'à la conscience personnelle. Cependant, l'âme est l'âme du corps (et vice versa).

4. *Le cœur (léb en hébreu et kardia en grec)*

Cette notion, riche de signification est associée à plusieurs fonctions humaines : le sentiment, le désir, la raison, la décision. En fait, le cœur, dans la perspective biblique, est le lieu où des activités volitives, intellectuelles et émitives importantes s'opèrent. Il offre une perspective intérieure et cachée de l'âme ou de l'homme. Notons que le mot cœur n'est jamais employé pour l'animal. Par contre, son usage est attesté pour Dieu. On parle du « cœur de Dieu » pour évoquer sa vigilance et sa délibération, sa volonté de justice et de bienveillance. Pour signifier cet « homme intérieur », le N.T. se sert aussi de « nous », esprit, intelligence, et de « syneidésis », la conscience. Cette dimension cachée de l'être humain demeure néanmoins inséparable de sa dimension visible. L'être intérieur et extérieur ne font qu'un. De même, en ce qui concerne l'avenir de l'homme, on ne peut parler de l'immortalité de l'identité humaine sans parler aussi de résurrection du corps. L'homme tout entier dans la plénitude de son être sera renouvelé.

¹⁴ A. Vacant, « L'âme », *Dictionnaire de la Bible*, E. Vigouroux, éd. (Paris : Letouzey et Ané, 1912) tome 1, Col. 453-73.

¹⁵ Esprit de Dieu qui donne la sagesse, l'habileté dans les arts, l'intelligence des songes, la connaissance des choses cachées – qui inflige le jugement.

¹⁶ L'âme se dit aussi *neshama*. Il s'agit de la vie du corps et on évite de l'employer pour l'animal.

D'autres mots encore sont employés pour définir, évoquer certains aspects, côtés de l'homme, pour préciser le siège de certaines fonctions. Des émotions et des sentiments sont attribués réellement et métaphoriquement à des organes du corps, tels le cœur (*lēb*), le foie (*Kabéd*), les reins (*Kelayât*) et les entrailles (*mé'îm*). Le sang (*dam*) est étroitement associé, identifié même à la vie ou à la *nêfesh*.

Ainsi, selon la vision biblique, nous constatons que l'homme occupe au sein de la création, parmi les créatures, une position unique. On peut même parler de différence qualitative. Si l'homme est créature, solidaire de la création tout entière, il s'en distingue cependant. Etre fragile et faible, il est créé à l'image de Dieu et se définit avant tout par rapport à son ultime vis-à-vis.¹⁷

Ayant précisé les contours de l'anthropologie biblique nous sommes maintenant en mesure d'aborder les notions de mort et de vie.

II. LA MORT

La mort telle qu'on la perçoit et telle que l'ont perçu les personnages bibliques est ambivalente. Elle appartient à l'ordre des choses telle que nous les connaissons sur terre ; elle est une menace, une épreuve et même un défi pour l'homme qui a le goût et le bonheur de vivre. Elle est à la fois naturelle et anormale, pour ne pas dire scandaleuse ! On a souvent opposé ces deux perspectives au point de les considérer comme contradictoires. Pour le fidèle de la Bible, « en tant que fin normale d'une existence parvenue à son terme, la mort n'était ni un problème ni un scandale ; rien n'était plus normal que de s'en aller âgé et rassasié de jours, rejoindre les ancêtres » nous dit Ed. Jacob.¹⁸ Certes l'hébreu souhaite mourir « rassasié de jours », mais cela signifie-t-il pour autant qu'il soit résigné devant la réalité de la mort inévitable ? En fait, si le fidèle est en paix et aborde la mort avec assurance, c'est parce qu'il se sait dans la main de Dieu lorsqu'il aborde cette ultime épreuve. Ce n'est pas par résignation que le fidèle connaît la

17 Pour une perspective qui maintient un équilibre entre l'unité et la dualité de la nature humaine, consulter : R.H. Gundry ; *Soma in Biblical Theology with emphasis on Pauline Anthropology*. Monograph series of the Society of N.T. Studies (Cambridge : C.U.P., 1976) Vol. XII. Ouvrage fondamental ; C. Tresmontant, *Le problème de l'âme* (Paris : Seuil, 1971) ; J. Murray, *The Nature of Man - Collected Writings* (Edinburgh : Banner of Truth, 1977) vol. II, 14-21.

La perspective de H.W. Wolff est significative et typique de la mentalité actuelle dans son chapitre sur « *nêfesh* — l'homme en état de nécessité ». L'auteur y présente une excellente étude dans laquelle il souligne essentiellement l'unité de la nature de l'homme : « L'homme n'a pas une *nêfesh*, il est *nêfesh* ». On trouve une grande diversité de sens pour ce mot : gorge (Ex 5 : 14) ; le cou (Ex 115 : 18) ; désir (Pr 13,2) âme en tant que domaine d'autres mouvements et émotions psychiques ; (Ex 23 : 9 ; l'ensemble des sentiments de l'étranger) ; vie (Pr 8 : 35) ; la personne (Lv 17 : 10) ; le pronom (Gn 12 : 13).

Cependant, H.W. Wolff est catégorique : « La *nêfesh* n'a jamais la signification d'une substance vitale indestructible distincte de la vie corporelle et qui pourrait subsister indépendamment du corps » (H.W. Wolff, *Anthropologie*, 16-30). Cependant, comme le remarque A. Vacant, l'âme est désignée en hébreu par différents noms qui ont des acceptations assez diverses. Elle est appelée *nêfesh*, *neshma*, *ruah* (esprit) et *lêb* (cœur).

18 Ed. Jacob, *Théologie de l'Ancien Testament*. (Delachaux et Niestlé, 1955) 252.

sérénité devant la mort inévitable et naturelle, mais par la foi et la confiance qu'il manifeste envers le Dieu vivant et ses promesses.

Certes la mort appartient à l'ordre des choses dans le monde actuel, mais elle demeure anormale et scandaleuse parce que conséquence du péché. Elle est liée à un drame qui s'est joué à l'aube de l'histoire de l'humanité. Le récit de la Genèse est particulièrement clair à ce sujet. La présence de la mort est liée à une faute historique. Avant même les événements tragiques d'Eden, Dieu avertit Adam : « Tu ne mangeras pas de l'arbre de la connaissance du bien et du mal, car le jour où tu en mangeras tu mourras (= mourir tu mourras) » (Gn 2 : 17). Par ce commandement, Dieu souligne que la mort humaine n'appartient pas à l'ordre créationnel. « Dieu n'est pas le Dieu des morts mais des vivants » (Lc 20 : 38). La mort est alors une possibilité réelle, mais rien en l'homme ne peut la provoquer.

Après la faute, lorsque retentit le jugement divin : « C'est à la sueur de ton visage que tu mangeras du pain, jusqu'à ce que tu retournes dans le sol, d'où tu as été pris ; car tu es poussière et tu retourneras à la poussière » (Gn 3 : 19), ce n'est pas non plus pour affirmer le caractère naturel de la mort. Ce verset souligne que la mort est une conséquence de la révolte, de la désobéissance ; plus encore, elle est la conséquence du labeur pénible de l'homme. La peine de son travail le vaincra.¹⁹ Quant à la dernière phrase, « Car tu es... » elle nous parle de l'aboutissement de ce processus de mort. La dissolution du corps est un retour à la poussière. Dans un monde qui vit les conséquences de la faute du premier couple, l'homme est sujet à la mort, l'homme devient mortel. Par cet acte impensable, le principe de la mort entre en œuvre ; la mort devient « normale » dans un monde marqué par le péché.

Aussi importants que soient les aspects extérieurs de la mort, il ne faut pas négliger sa signification profonde. En effet, la mort physique symbolise notre mort spirituelle. Elle est séparation de Dieu. La faute a entraîné la rupture de communion avec notre ultime vis-à-vis. Chassés du jardin d'Eden, Adam et Eve se voient fermer l'accès à l'arbre de vie, afin que cette nouvelle condition ne soit pas scellée pour toujours (Gn 3 : 23). Dans l'optique de la Genèse, le dilemme de l'homme est donc moral et non ontologique. Le mal n'est pas à l'être, il ne fait pas partie de l'« ingrédient de l'univers » ; il est lié à un choix qui a des conséquences désastreuses pour la création tout entière. L'aliénation²⁰ se situe non seulement sur le plan vertical – rupture de l'homme avec Dieu – mais aussi sur le plan horizontal. L'aliénation de l'homme est avec lui-même : il est étranger à lui-même, il est son propre ennemi ; l'aliénation de l'homme est avec son vis-à-vis, son semblable : la discorde, l'animosité sont à l'intérieur même des communautés humaines ; l'aliénation de l'homme est avec son environ-

19 Cf. H. Blocher, *Révélation*, 168ss.

20 *Aliénation* : le fait d'être étranger, hostile, éloigné. A ne pas confondre avec l'emploi marxiste et hégélien : état de l'individu que, par la suite, des conditions extérieures (économiques, politiques, religieuses) cesse de s'appartenir, est traité comme une chose, devient esclave des choses et des conquêtes même de l'humanité qui se retournent contre lui. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y ait pas une dimension ou des conséquences sociales, économiques et politiques à cette aliénation.

nement naturel, avec la création animale végétale et géophysique. Cette hostilité s'allie à la méfiance qui se manifeste dans la peur et la terreur que les créatures éprouvent envers leur Père (Gn 3 : 10), et les unes envers les autres (Gn 4 : 14 ; 9.2). Par cet acte Prométhéen, le premier couple bouleverse le cours de l'histoire. La mort s'installe pour longtemps dans le domaine du réel.

Ainsi celle-ci signifie ténèbre et, plus particulièrement, tout affaiblissement de la vie au sens large. La mort est déjà présente dans les dangers de la vie, dans la manifestation du mal, dans les persécutions, dans la souffrance et la maladie, dans tout ce qui menace la vie humaine. Notre existence s'écoule à l'ombre de la mort ; plus encore, elle est pénétrée par le principe de la mort qui est agissant en nous. La souffrance (quelle qu'en soit la cause) et la maladie en sont des manifestations. Dans de nombreux psaumes, le croyant implore la délivrance des griffes de la mort. Or c'est de toute atteinte à la vie terrestre qu'il demande à être libéré (Ps 16 ; 49).

La mort est la conséquence de la faute, la faute est historique, elle est donc morale. Cela confirme que Dieu est bon, et l'homme peut donc espérer trouver une solution à son dilemme — elle est liée à celui qui est le Prince de la vie (nous y reviendrons) —, et il peut lutter contre le mal sous toutes ses formes sans combattre Dieu. Soulager la souffrance, soigner et guérir les malades, faire reculer l'emprise de la mort, accompagner les mourants, n'est pas contraire à la volonté divine. Jésus-Christ, lors de son ministère, en est un vivant témoignage, lui qui soulageait les souffrants, guérissait les malades et délivrait les démoniaques. Ces signes du Royaume ne lurent « que le prélude ou l'écho de la victoire que le Seigneur a remportée sur la mort en mourant lui-même »²¹. Il a pris sur lui le sort que nous méritions afin que nous vivions. Dieu est non seulement le Seigneur de la mort, mais il en est aussi le vainqueur (1 S 2 : 6 ; Jn 10 : 17). Il détient les clefs de la porte de la vie. Mais que faut-il entendre par vie ?

III. LA VIE

Selon le point de vue biblique, la vie n'a de valeur et de dignité que parce qu'elle émane de Dieu. Elle est don du Seigneur. Si on reprend le début de la Genèse, l'arbre de la vie qui se trouve au milieu d'Eden symbolise le principe de vie (2 : 9). Cet arbre est plus qu'une simple figure ; cependant c'est sa valeur sacramentelle qu'il faut souligner, car elle indique que le Dieu vivant est la source de toute vie. Calvin le fait très bien ressortir lorsqu'il dit dans son commentaire : « Or il a imposé le nom à l'arbre de vie non pas qu'il donnât vie à l'homme qui l'avait certes obtenue auparavant, mais afin que ce fût une enseigne et un mémorial de la vie qu'il avait reçue de Dieu ». ... « L'arbre de vie a été la figure du Christ en tant qu'il est la Parole éternelle de Dieu et même un arbre n'a pu être autrement le signe

²¹ J.J. von Allmen, « Mort », *Vocabulaire biblique* (Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1954) 185.

de la vie qu'en le figurant »... Adam a donc été averti par ce signe de ne s'attribuer rien comme propre, afin qu'il dépendit totalement du fils de Dieu et ne cherchât la vie qu'en lui ». ²² En attribuant la source de la vie au Christ, J. Calvin souligne la double dimension de celle-ci : créationnelle et rédemptrice.

Le Dieu trinitaire est à l'origine de la vie créationnelle toute entière et de la vie humaine en particulier (Gn 1.1 - 2.4, Jn 1.1. - 4, Ps 8). Comme le remarque judicieusement E. Dhorme, selon la mentalité biblique « la dignité du corps était due au fait que Dieu n'était pas seulement l'auteur du corps du premier homme, mais encore celui de chaque individu ». ²³ Non seulement Dieu « donne conception » (Rm 4 : 13), mais il forme le fœtus dans le sein de la mère (Jb 10 : 10-12 ; Ps 139 : 13-16). L'activité créatrice de Dieu est comparée à celle d'un tisserand : « Tu me tissais dans le ventre de ma mère (Ps 139 : 13). Dans d'autres passages, elle est assimilée au travail du potier. De même que le potier façonne l'argile, Dieu façonne l'enfant dans le sein de sa mère (Jb 10 : 8,9 ; Jé 1 : 15). La Genèse, d'ailleurs, parle en des termes semblables de la création de l'homme (Gn 2 : 7). ²⁴ Ce n'est pas autre chose que Paul dit lorsqu'il déclare aux athéniens : « En lui nous avons la vie, le mouvement et l'être » (Ac 17 : 18).

Mais ce Dieu trinitaire est aussi à l'origine de la vie, associé à la rédemption. L'homme régénéré, étant immunisé en Christ contre le péché, est immunisé contre la mort. Certes il est toujours mortel, mais au cœur de son être, le principe de vie est à l'œuvre. L'apôtre Paul ne déclare-t-il pas : « La loi de l'esprit de vie en Christ Jésus m'a libéré de la loi du péché et de la mort » (Rm 8 : 2 ; 6 : 1 - 12) ? Et Jésus lui-même ne s'est-il pas écrié : Moi, je suis le chemin, la vérité et la vie (Jn 14 : 6) et « Je suis le pain de vie » (6.35 - 48) ? Il est créateur de la vie nouvelle. D'ailleurs les prophètes qui annoncent l'œuvre de restauration emploient l'image du potier fabriquant un vase pour évoquer la création d'un peuple selon le cœur de Dieu (Es 4 : 5,9 ; 64 : 17 ; Jé 18 : 2 ; 19). ²⁵

En fait, on distingue trois dimensions à la vie : terrestre, spirituelle et éternelle.

Toute la pensée biblique souligne l'importance de l'existence terrestre. Il est capital de la vivre dans toute sa plénitude. C'est l'intime conviction du sage (Pr 5 : 15 - 19) ou de l'Ecclésiaste (11 : 9ss). L'essentiel, c'est la vie, les biens d'ici-bas, dons de Dieu, reçus dans la foi et la joie, et mis en valeur dans la justice et l'amour. Siméon « était un homme juste et pieux » nous dit Luc (2 : 25). Cependant, face à la présence du mal dans le monde, la justice divine ne se manifeste que partiellement dans la conception de la rétribution terrestre. En effet, une longue vie, une abondante postérité et la réussite (la prospérité) peuvent être des signes de la fidélité de Dieu envers les justes. La mort prématurée, l'absence de descendance et la misère peu-

²² J. Calvin, *Le Livre de la Genèse* (Genève : Labor et Fides, 1961) 49.

²³ Ed. Dhorme : *L'emploi*, 4.

²⁴ Pour la création dans le sein maternel cf. encore 2 Macc 7 : 22-23.

²⁵ Ed. Dhorme, *Ibid* 4.

vent être des signes du jugement de Dieu sur l'impie. Mais les données de l'expérience humaine et de la révélation divine obligent à relativiser les notions de vie et de rétribution terrestres. L'histoire de Job en est un exemple frappant.

Aussi la vie est-elle conçue comme félicité spirituelle. Le bonheur suprême, la récompense ultime face aux injustices – le méchant qui prospère (Ps 73) – et aux épreuves (Ps 27,1 - 3), c'est de connaître l'amitié de Dieu. Cette béatitude se réalise dans la participation au culte (Ps 27 : 4 - 6, Ac 2 : 46), dans l'intimité avec Dieu qui s'accompagne de l'obéissance à ses commandements (Ps 1 : 1 - 3, Jn 15 : 1 - 17). Cette relation avec Dieu engloutit tout ce qui contrarie ou blesse, tout ce qui s'impose à l'homme et l'abat : ennemis, vilainies, pauvreté, épreuves, souffrance et maladies. Ces réalités peuvent même devenir sous le regard de Dieu, des moyens de purification (Za 13 : 9 ; 1 P 1 : 6 - 7). Cette dimension spirituelle de la vie n'est pas en rupture avec la dimension terrestre. Au contraire, elle la nourrit, la fortifie et permet au fidèle de la recevoir et de l'affirmer pleinement.

Mais comment imaginer que cette intimité, cette communion puisse un jour cesser ? Que la mort puisse avoir le dernier mot ? Aussi la vie dans la Bible a-t-elle une dimension eschatologique ; elle est permanence et durée (Ps 16 : 11, Dn 12 : 1 - 3). À l'aspiration du fidèle de prolonger indéfiniment sa communion avec Dieu, au-delà de la mort, Dieu répond par la fidélité, la permanence et la durée. Il est le Dieu vivant et le Dieu des vivants. N'est-ce pas la réponse de Jésus aux Sadduccéens qui rejetaient la résurrection : « Moi, je suis le Dieu d'Abraham, le Dieu d'Isaac et le Dieu de Jacob. Dieu n'est pas le Dieu des morts, mais des vivants » (Mt 22 : 32).

L'Ancien Testament devait élaborer progressivement les doctrines de l'au-delà, de l'immortalité, de la résurrection et de la rétribution ; mais d'entrée, la justice et la vie, même éternelles, s'enracinent dans la nature de Dieu.²⁶ Tout ce qui était nécessaire à la plénitude de la révélation donnée en Jésus-Christ était contenu dans l'ancienne alliance. Aussi le Messie, puisqu'il en est l'accomplissement, proclame-t-il avec audace et assurance : « Je suis la résurrection et la vie » (Jn 11 : 25). C'est le cœur de la prédication apostolique. L'enlever, c'est réduire la foi chrétienne à néant, nous dit Paul (1 Cor 15).

Certes la terre des vivants est le lieu privilégié de la louange et de l'adoration de Dieu ; certes, c'est là que l'homme est appelé à être un témoin fidèle parmi ses contemporains ; certes, c'est encore là qu'il doit affirmer la qualité et la plénitude de la vie (Es 38 : 9 - 20), mais que serait son existence terrestre si son horizon était fermé ? N'est-ce pas faute de cette ouverture que nos contemporains n'ont plus le goût de vivre et ne savent plus faire face à la mort avec sérénité ? Le croyant, lui, conserve l'espé-

²⁶ M. Dahood, *Psalms III, 101 à 150*. The Anchor Bible (New York : Doubleday, 1970) XXXVIII à LII ; R. Martin-Achard, « Résurrection dans l'Ancien Testament et le Judaïsme », *Supplément au Dictionnaire de la Bible* (Paris : Letouzey et Ané, 1981) ; D. Alexander, « The Old Testament view of life after death » *Themelios* 11 : 2 (1986) 41-46 ; K. Spronk, *Beautific afterlife in Ancient Israel and in the Ancient Near East* (Neukirchen-Vluyn : Butzon et Bercker Kevelaer, 1986).

rance malgré le grand déchirement que constitue la mort. Il y a plus de deux siècles, un fidèle, un poète, l'inscrivait sur la façade de la chapelle de St Nicolas de Véroce (dans les Alpes), dans un poème qui permet de voir à quel point nous nous sommes éloignés, en cette fin du 20^e siècle, de notre héritage judéo-chrétien :

« Quand vous regardez le soleil,
Songez qu'après ce grand réveil
De la mort de ce monde,
Un trône égalant en beauté
Du soleil la clarté,
Nous attend dans le ciel
Où tout plaisir abonde.

Croissant et décroissant,
La lune n'est pas longtemps pleine.
Ici-bas toujours croît la haine.
Le plaisir décroît en naissant.
Cherchons au ciel la joie
Toujours pleine et certaine. »

Vient de paraître aux Editions Kerygma

Francis Schaeffer,
« Le Baptême »,
Synapse Vie de l'Eglise/2, 32 pp.

Qui peut être baptisé ?

Pour beaucoup de chrétiens, la réponse semble aller de soi : uniquement ceux qui ont professé leur foi de façon responsable, c'est-à-dire des adultes.

Francis Schaeffer, un des grands évangélistes et apologètes de la foi chrétienne en notre siècle, nous propose de revoir nos idées à ce sujet.

Dans un style clair et irénique, il nous invite à comprendre l'enseignement apostolique comme les chrétiens d'origine juive, membres de l'Eglise primitive, l'ont compris.

Prix : 15 F

33, av. Jules-Ferry, F-13100 Aix-en-Provence.

LE RESPECT DE LA VIE DEVANT LA NAISSANCE ET LA MORT

André SCHLEMMER *

Ce texte, qui permet sans doute de prendre la mesure de l'évolution des mentalités depuis 1973, présente un intérêt permanent et apporte des éléments utiles à la réflexion proposée dans ce numéro de la revue.

N.d.l.r.

Le respect de la vie est l'attitude d'esprit fondamentale qui a inspiré et inspire continuellement la médecine et ses applications, dans tous les domaines. Imaginer l'œuvre de la vie, en reconnaître la puissance et dans l'ensemble la sagesse, se mettre à son service, chercher à comprendre, économiser, stimuler la vie, c'est bien là respecter la vie : tout ce qu'on fait, on le fait pour elle, avec elle, et par elle.

Est-il utile d'ajouter au mot « vie » l'adjectif « humaine » ? Albert Schweitzer, qui a fait du respect de la vie le principe fondamental de son éthique, ne le pense pas. Il y a une sorte de charité cosmique qui répugne à détruire ou à faire souffrir sans nécessité un être vivant, même en présence d'un monde où les animaux se dévorent les uns les autres et où l'homme est le pire destructeur de vies ; il s'entraîne ainsi à la cruauté à l'égard de ses semblables (ce qui n'empêche pas les amoureux d'animaux domestiques d'être souvent très durs à l'égard des humains et même des enfants).

Le respect de la vie humaine comporte, cela va de soi, l'évitement des thérapeutiques dangereuses, des témérités absurdes, des homicides par omission ou par imprudence (dont on est si facilement responsable au volant).

* Le Dr A. Schlemmer, qui est mort en 1973, était vice-président de la Société Calviniste de France. Cet article est tiré de *La Revue Réformée* n° 95. Son auteur a écrit *La méthode naturelle en médecine, doctrine et applications* (Paris : Seuil, 1969).

I. LE RESPECT DE LA VIE DEVANT LA NAISSANCE

Le respect de la vie est particulièrement mis en cause aux moments où commence et où finit l'existence. Celle-ci ne commence pas seulement à la naissance de l'enfant né à terme, mais dès la conception, quand le spermatozoïde s'unit à l'ovule et qu'apparaît la mitose de cette cellule nouvelle. Interrrompre une grossesse c'est donc interrompre une existence, intervenir dans une destinée, et disposer de la vie d'autrui. Il ne s'agit pas d'une opération pratiquée sur une femme pour mettre fin à un état qui la concerne, comme on la débarrasserait par exemple d'une partie pathologique de son corps.

L'avortement n'est nullement comparable à l'infécondité voulue de l'acte conjugal : le spermatozoïde et l'ovule ne sont que des demi-cellules, de toutes manières incapables de vivre seules plus de quelques heures par elles-mêmes. D'ailleurs, la nature gaspille volontiers la semence humaine puisqu'il y a 400 millions de spermatozoïdes par émission, dont un seul est suffisant. Si empêcher les deux gamètes de se rejoindre était un attentat à la vie, la continence dans le mariage en serait un.

Quand l'ovule et le spermatozoïde unis se forment plus qu'une seule cellule, celle-ci prend un caractère tout à fait nouveau, se multiplie par sa seule tendance personnelle, ceci de manière à réaliser elle-même, en neuf mois, un être humain prêt à avoir sa vie propre. C'est à partir de cette cellule que se forment aussi les membranes de l'œuf et le placenta. Cette vie nouvelle ne se manifestera pas seulement par la croissance dirigée d'un être, mais aussi par la mise en fonction de certains organes, aussitôt formés : le cœur d'un être humain de deux centimètres de long bat comme il battra jusqu'à sa mort ; Pflüger a même observé des mouvements cardiaques sur des fœtus de trois semaines. Le jeune organisme fera entrer en jeu dès la naissance, par la seule sollicitation toute spontanée de l'instinct, les autres fonctions dont il a en secret préparé l'explosion : respiration, digestion, régulation thermique. Il poursuivra pendant l'enfance et la jeunesse son œuvre constructive de la personnalité par ses instincts de mouvement, de connaissance, d'imitation, d'affection et d'accouplement. Toute cette œuvre, il l'a commencée lui-même dès le premier instant de la fécondation. Le fœtus n'est donc à aucun moment une partie de la mère. La réalité qui dirige et oriente tout son développement, qui le façonne tel qu'il sera avec ses formes, ses traits, son tempérament, son caractère, ses ressemblances est là vivante et active. Dès l'origine, il y a une entité structurante, et comme une pensée réalisatrice, animant l'embryon.

Aussi la morale religieuse, la loi civile et le code de déontologie médicale (dès le serment d'Hippocrate) s'opposent-ils en principe à l'interruption voulue de la grossesse, en dehors des cas où la vie de la mère est en danger : mais actuellement le dilemme « sacrifier la mère ou l'enfant » n'est plus qu'un problème théorique ; en effet, les anciennes indications classiques de l'avortement ont été remplacées par un traitement conservateur.

La grossesse peut mettre certaines femmes dans une situation dramatique : célibataire, jeune ou non, dont l'amant est marié ou disparu ; femme mariée, parfois mère de famille, dont la grossesse manifeste l'adultére ; femme en instance de divorce ou même victime d'un viol ; ou tout simplement femme ayant déjà un certain nombre d'enfants, épuisée par le travail de la maison, non ou mal logée.

Même alors, l'avortement n'est pas le moyen normal de résoudre de tels problèmes. C'est *avant*, **qu'il aurait fallu intervenir** ; c'est pour les grossesses futures **qu'il faut agir**, en changeant les conditions de vie et par la restriction des conceptions si elle s'impose.

D'ailleurs, l'avortement n'est pas toujours pour la mère l'intervention anodine **qu'on s'imagine**, même **quand elle est accomplie dans les conditions chirurgicalement les meilleures**. La vaste expérience russe de l'avortement légal à démontré (ce **qui a conduit à y mettre fin**) ses conséquences souvent défavorables sur la santé de la mère. Sans parler des cas exceptionnels de morts subites et inexplicables, les suites gynécologiques fâcheuses ne sont pas rares et peuvent aboutir à la stérilité, amèrement regrettée plus tard. Les retentissements psychiques de l'avortement sont fréquents et peuvent être graves. Si certaines femmes parlent avec détachement de plusieurs avortements **qu'elles ont fait faire**, beaucoup en gardent un regret douloureux, alors **qu'au moment même elles ont ressenti l'opération comme une délivrance**. Les personnes à l'anxiété desquelles on voudrait mettre fin en supprimant leur grossesse sont précisément celles pour lesquelles les suites de cette suppression ont le plus de chances d'être pernicieuses.

Le médecin se trouve en face d'une personne affolée **qui vient, avec ou sans honte, demander l'avortement comme le seul remède à sa détresse** ; parfois, il la voit prête au suicide, ou à se livrer sur elle-même à n'importe quelle manœuvre abortive.

En analysant la peur panique de la femme, on découvre toujours **que ce dont la pensée lui est intolérable est une image particulière** : la scène de l'aveu au père **qu'elle craint** ; la peine affreuse faite aux parents, ou plutôt à l'un d'eux, traduite par la phrase : « Il (ou elle) en mourra » ; la honte devant telle ou telle personne ; la peur, même injustifiée, de perdre sa situation ; la hantise d'abîmer la forme de son corps ; jusqu'à la crainte d'être trompée par son amant ou son mari pendant la grossesse ! Ainsi les femmes mariées, cabrées devant la pensée d'être enceintes, sont-elles autant des personnes de situation aisée, ayant peu d'enfants, **que des mères de famille nombreuse, écrasées sous la charge**.

Il arrive **que la grossesse ait été délibérément recherchée comme un moyen d'attacher un homme, de le forcer au mariage, et même, s'il est marié, de le pousser d'abord au divorce**. La détresse, alors, c'est la grossesse précipitant l'abandon ; c'est d'avoir tout perdu après avoir joué le tout pour le tout ; la maternité est alors détestée et l'enfant hâï comme représentant l'échec après avoir incorporé l'espoir.

En somme, s'il est vrai **que l'interruption de la grossesse est une solution négative et destructrice, que les cas où pour sauver une vie il faut en**

détruire une autre sont rarissimes et que ceux où il serait question de détruire une vie pour l'empêcher d'être effroyable le sont aussi, dans la réalité, le nœud de la situation n'est pas tant moral que psychologique. Le diagnostic profond, et par conséquent le traitement réel, est de cet ordre ; il s'agit de comprendre pourquoi, à notre époque où l'on parle tant de contraception, une femme s'est mise dans une situation de telle angoisse, et quel en est le sens.

Il faut bien que cette conjonction corresponde à un conflit névrotique, dont la grossesse est un symptôme. Le sujet croit ne pas vouloir l'enfant, mais son inconscient le désirait. L'œuvre du médecin conduit donc à une véritable psychothérapie : faute de laquelle, que la situation se résolve bien (aménorrhée s'avérant nerveuse, fausses-couches spontanées assez fréquentes, acceptation de l'enfant) ou mal (avortement clandestin ou à l'étranger), rien n'est résolu : car, notamment, la situation a toutes chances de se répéter.

C'est pourquoi, au début, l'essentiel est d'établir un climat de confiance et d'apaisement. La première condition de toute action est l'assurance du secret professionnel.

La seconde est de tout écouter avec sympathie, sans prendre position d'emblée. Il faut en effet tout savoir pour tout comprendre, et tout comprendre pour partir des pensées et des sentiments de son interlocutrice avec des chances d'être compris, et pour éviter de voir son ouverture confiante se changer en fermeture butée.

Il faut évidemment commencer par démythiser la scène dont la pensée crée la panique. Ensuite, on pourra expliquer ce que signifie l'avortement à quelqu'un qui, le plus souvent, n'a pas su y réfléchir et lui représenter ce qu'est déjà le petit être en formation et en promesse, l'informer de la gravité médicale de l'avortement, le plus souvent insoupçonnée, au point de vue gynécologique et psychique, et quand les convictions de la femme le permettent, on pourra y faire appel. Le médecin peut donner le témoignage de son expérience, en disant combien il a vu de situations angoissantes se dénouer discrètement, mystérieusement et sans éclat, pour celles qui ont osé les envisager avec confiance. Quand, sur le conseil du médecin, la jeune fille consent à parler à ses parents ou prie quelqu'un, qui peut être le médecin, de le faire afin d'éviter la scène qui peut suivre leur surprise, l'expérience montre que les parents de la jeune fille sont le plus souvent très compréhensifs et prêts à assumer l'enfant, à l'égard duquel souvent ils ont des sentiments affectueux dès avant qu'il naîsse, et qu'il peut en être de même des parents du jeune homme, de la manière la plus inattendue.

Si la femme invoque les souffrances et le danger moral qui attendent l'enfant non aimé par sa mère ou refusé par son père, on peut parler de faire adopter l'enfant à la naissance, ce qui lui donnera les chances d'une vie saine, entourée d'affection. Souvent la femme se révolte devant cette idée, disant qu'elle ne pourra abandonner l'enfant quand il sera né parce qu'elle s'attachera à lui. Elle prend ainsi conscience de l'instinct maternel qu'elle refoulait.

L'essentiel n'est donc pas le discours du médecin. C'est la possibilité pour la femme de parler, et ce faisant, de se découvrir, de penser dans la réalité, au-delà de ses phantasmes, de ses faux problèmes, de sa panique ; c'est qu'elle se comprenne et se sente comprise.

Quand la résolution farouche s'amollit, on peut entrer aussitôt dans la voie des décisions pratiques au besoin avec l'aide d'une assistante sociale.

Bien entendu, et en tout cas, il faut penser à prévenir la conception d'autres enfants dans les mêmes conditions !

Quelle que soit la forme de psychothérapie qui sera mise en œuvre, elle agira en permettant à la femme de prendre conscience des motivations qui l'ont conduite à cette situation et à y répondre comme elle l'a fait. On est émerveillé souvent de voir de quelle rénovation un épisode malencontreux ou même dramatique peut être ainsi l'occasion ou l'origine.

II. LE RESPECT DE LA VIE DEVANT LA MORT

L'idée de mettre fin à la vie de ceux dont l'avenir ne peut plus être que souffrance pour eux-mêmes et charge pour la société ou la famille, afin de leur procurer une mort plus rapide et plus douce, est beaucoup plus répandue qu'on ne croit. Les nazis n'ont pas été seuls à préconiser la mise à mort des incurables. Ils l'ont fait avec une logique atroce et une dureté impitoyable. Mais si la question se pose dans une conversation banale, neuf personnes sur dix affirmeront que c'est un devoir de pitié. Le verdict de Liège acquittant ceux qui ont mis fin à la vie d'un enfant né sans membres était inévitable : et pourtant nous avons assisté à un film présenté au congrès de Madrid en 1965 par un médecin d'un établissement, en Allemagne, où on recueillait les victimes du thalidomide, à qui des appareillages incroyablement ingénieux, adaptés aux rudiments des membres, permettaient toutes sortes d'activité. Le spectateur ne pouvait qu'être ému devant la joie de vivre et l'intelligence amusée qui rayonnaient des visages de ces enfants.

En fait, quand les gens préconisent l'euthanasie, ils disent cela théoriquement ; mais dans la réalité, en face de la maladie de leurs parents ou de leurs enfants, leur cœur parle autrement que leur cerveau infesté de l'utilitarisme ambiant ; les médecins n'entendent jamais l'entourage des mourants prier qu'on les tue !¹

Abréger la destinée d'un être humain peut l'empêcher de vivre jusqu'au bout ses heures ultimes, où peut-être se trouve le sens même de sa vie.

En fait, il s'agit d'un faux problème : les moyens par lesquels on atténue les souffrances, en général ne hâtent pas la mort. Au contraire, en diminuant l'usure des forces vitales que crée la souffrance, ils ont souvent une action thérapeutique et par conséquent ne posent aucun dilemme. Mais

¹ Ce paragraphe est indicatif de comment la mentalité a évolué depuis 1973. n.d.l.r.

bien sûr, c'est ainsi le droit de chacun, s'il le préfère, de mourir avec ses souffrances et avec sa clairvoyance, sans rien qui obnubile son sens spirituel ou rende la fin de sa vie moins consciente. Après tout, la souffrance a toujours une limite et l'acceptation et le courage l'apaisent plus qu'on ne croit.

A la question de l'euthanasie se rattache celle du suicide. Notre civilisation occidentale est encore en cela sous l'emprise de la doctrine morale qui le considère comme un meurtre. L'histoire de l'antiquité païenne ou de la chevalerie japonaise est pleine de nobles suicides ; l'épopée de l'héroïsme chrétien n'en comporte aucun. En fait, dans notre civilisation, le suicide est essentiellement l'horrible tentation de ceux qui souffrent de certaines maladies psychiques accompagnées d'angoisse ; c'est pourquoi les médecins, et en fait les prêtres aussi, le considèrent comme un accident d'un état morbide aigu plutôt que comme un homicide. Derrière l'effort patient et épuiasant des psychothérapeutes, il y a la vocation du médecin qui lutte contre la maladie pour sauver la vie. C'est pourquoi aussi le médecin ressent toujours le suicide comme un échec.

La certitude de la mort prochaine de son malade peut poser une question au médecin : doit-il faire part de son pronostic au mourant ?

Une remarque liminaire : tout être vivant est mourant, en train de mourir, tout au long de sa vie. Cela est tout à fait sûr, en tout cas.

Par contre, ce qui ne l'est pas, ce qui n'est jamais connu de personne en toute certitude, c'est la date de l'échéance. Nous pouvons, avec plus ou moins de probabilité, la croire plus ou moins proche : c'est tout. Aucun médecin, devant un malade qui a encore sa conscience, ne peut savoir exactement combien de temps il lui reste à vivre. Toutes les transitions existent entre le pronostic de mort certaine que toute personne qui réfléchit ne peut que porter au sujet du plus vigoureux nouveau-né ou du plus robuste jeune homme, et celui qu'elle peut former devant le malade ou le blessé dont elle voit commencer l'agonie : ce n'est, entre les deux cas extrêmes, qu'une question de temps, jamais connu avec précision. Médecins, nous connaissons les démentis que d'invisibles délais ou même de stupéfiantes reviviscences ont donnés à certains pronostics de mort imminente, et nous avons vu mourir brusquement, pendant ce délai même, des personnes robustes, autour du malade condamné.

C'est cette certitude de la mort, jointe à cette incertitude de sa date, qui donnait une si grande et trop pathétique place dans la piété d'autrefois au thème de la préparation à la mort.

Mais s'il est malsain d'en avoir la hantise, vivre normalement, c'est vivre en sachant implicitement que la vie qui a été donnée peut être reprise. La sagesse ou la foi devraient conduire, si elles sont authentiques, c'est-à-dire si elles ont un caractère d'objectivité robuste, à envisager la mort sans terreur. Si ce qu'il s'agit à tout instant de faire et de penser importe plus à l'être conscient que sa propre personne, il a devant la mort l'attitude intérieure qu'il a eue pendant la vie. Ainsi, il arrive que certaines personnalités incroyantes et très fortes, ou solidement croyantes, désirent savoir si leur

mort est proche, afin de terminer, de mettre en ordre ou de transmettre les tâches à elles confiées. Dans ces conditions, on doit la vérité à celui qui la veut vraiment et la demande, par respect pour sa conscience et pour faire à son prochain ce qu'on voudrait faire pour soi-même dans la même situation, matérielle et spirituelle.

Mais la vérité, répétons-le, comporte en pareil cas toujours un élément de doute. Au malade qui nous confie, avec un calme courage, qu'il a besoin de connaître le pronostic de son état, pour mettre en ordre ce dont il est responsable vis-à-vis des siens et de la société, il n'est pas question de répondre qu'il mourra dans tant d'heures ou de jours puisqu'on n'en sait rien, mais de lui dire : « Il est toujours sage, et surtout quand on est en danger, d'agir comme si on pouvait être enlevé », ce qui est bien plus la vérité qu'une affirmation tranchante.

La preuve que certains mourants ont le droit de connaître leur destinée, nous la trouvons dans les lumineux souvenirs que laissent certaines montées vers la mort, acceptée en toute conscience, en même temps qu'en toute confiance ou en toute sérénité.

Il y a donc des cas où le malade a le droit et le besoin de regarder la mort en face parce qu'il en a reçu le don, et où le tromper ne serait pas l'apaiser, mais le jeter dans l'angoisse. Nous avons vu plusieurs fois des malades qui, après avoir été saisis d'une grande sérénité devant le sentiment qu'ils allaient avoir à quitter cette vie, parce qu'ils acceptaient cela pleinement, ont été assaillis par l'angoisse et le doute quand quelque amélioration ou quelque assertion leur faisait espérer guérir, c'est-à-dire quand ils se reprenaient à s'accrocher à leur volonté de vivre ; et l'on voyait ainsi alterner des périodes d'abandon paisible et de lutte angoissée.

Mais hélas ! si la sérénité devant la mort en était la pierre de touche (ce qu'elle n'est peut-être pas), la vraie foi serait bien l'exception chez les gens religieux. Une religion rigide peut cacher une foi faible, une attitude stoïcienne s'effondrer. Il faudrait avoir le discernement des esprits pour savoir reconnaître la misère de la conviction et du courage derrière la richesse des affirmations.

Il est vrai que la révélation de la mort imminente peut aussi entraîner un paroxysme de découragement, de révolte, de terreur, qui précipite la marche fatale de la maladie et rend plus atroce l'agonie, sans bénéfice spirituel. Rares sont en somme les cas normaux, ceux où l'on peut et où l'on doit répondre *oui* au malade parce qu'il demande s'il va mourir bientôt. La prudence est donc la seule règle.

En vérité, c'est encore le plus souvent un faux problème : la question ne se pose presque jamais parce que le malade *près de mourir*, et non *prêt à mourir*, ne la pose pas. Il n'y a donc pas à lui mentir et on ne lui doit pas la vérité puisqu'il ne la veut pas, éludant inconsciemment ce qui pourrait la démasquer : l'inconscient est habile à déguiser les réalités que l'esprit ne peut regarder en face. L'entourage croit parfois que ce silence est une charité à son égard, une sorte de discrétion ou de pudeur ; cela peut arriver, mais c'est exceptionnel.

Tout entière absorbée par sa lutte contre la mort, la force vitale ne peut pas se donner le luxe d'une réflexion profonde ou d'une émotion rude, et l'instinct en fait l'économie. Cela est si vrai que des médecins meurent de la maladie dont ils sont spécialistes en faisant des projets d'avenir, suggérant aux confrères qui les soignent des explications rassurantes et parfois scientifiquement invraisemblables :

As testy sick men, when their death be near,
No news but health from their physicians know...²

Ce mécanisme instinctif est si puissant qu'on voit des grands malades qui, à certain tournant de leur maladie, ont vu venir la mort, reprendre confiance à la fin. Si, par exception, le mourant s'informe du pronostic de sa maladie, c'est presque toujours de telle manière qu'on sent dans ses paroles la réponse optimiste qu'il attend, qu'il suggère presque. Nous rencontrons des malades, nombreux ceux-là, qui demandent avec angoisse au médecin s'ils ne vont pas mourir et qui ne sont nullement en danger ! La vérité rassurante, d'ailleurs, ne les persuade ni facilement, ni pour long-temps !

En somme, tout se passe comme si le plus souvent il était donné à l'ensemble des hommes de mourir inconsciemment et d'échapper ainsi à la terreur qui les affolerait, les révolterait et les porterait au blasphème, et d'autres fois comme si à certaines personnes il était accordé, avec la conscience volontaire de la mort, la foi ou le courage nécessaire pour l'envisager en paix.

Le médecin n'a pas autre chose à faire que de conformer sa conduite aux dispositions naturelles ou spirituelles de son malade ; et l'affection des amis ou parents n'a pas à vouloir enjamber les ménagements que la destinée accorde à chacun. Pas plus dans cette manière qu'en aucune autre, il n'existe de règle à appliquer automatiquement. A chacun, on donne ce qu'il peut supporter, ainsi qu'aux enfants et aux malades on donne des aliments doux, et aux robustes des aliments plus forts.

Mais il est sage en tout cas de révéler la situation exacte au moins à une personne de l'entourage, pour que celle-ci puisse prendre les mesures les plus propres à sauvegarder ce qui doit l'être ; et de le faire bien entendu avec prudence et tact. Si l'on sait quel est le conseiller religieux, ami de la famille (et il est bon de s'en enquérir discrètement d'avance), on peut le prévenir, à la condition de l'avertir confidentiellement des dispositions du malade et de son entourage, afin que sa prudence pastorale le retienne d'interventions inadaptées. Parfois, il faut le prier de ne pas mettre en cause le médecin.

Dans l'infinie variété des circonstances et des êtres, l'attention, la sagesse, la charité nécessaires pour discerner, dire et faire chaque fois ce

² « Ainsi, les malades difficiles, quand leur mort approche, ne savent de leurs médecins que des annonces de santé. » Shakespeare, *Sonnet CXL*.

qu'il faut dépendent d'une clairvoyance intérieure par quoi les questions fondamentales sont posées et de ce fait les réponses perçues.

III. LE RESPECT DE LA MORT

Le respect de la mort est une forme du respect de la vie. La perte de l'un ne va jamais sans la disparition de l'autre. Distinguons ici entre le respect de la mort et le culte des morts. Le second n'a rien à faire avec le premier. Le plus souvent il s'y oppose. Il peut faire bon marché de la vie puisqu'on a vu, dans certaines civilisations, le suicide ou les sacrifices humains s'y associer. Le culte des morts, c'est trop souvent le culte de la mort et par conséquent le mépris de la vie.

Les études médicales tendent à affaiblir ce sentiment, et c'est un de leurs dangers ; qui se plaît aux plaisanteries de carabin en présence des cadavres se prépare à considérer les malades comme des cobayes ou des éléments du revenu. Cependant, avec l'expérience de la vie médicale, la pitié devant le deuil d'une famille, l'attachement au malade et les dons attachés à la vocation, rares sont les médecins dont l'attitude soit simplement gênée et fuyante devant la mort de leur malade ; la plupart, sans hypocrisie, témoignent à ces moments respect et humanité. A vrai dire, l'autorité départie au médecin, adoucie par sa pitié peut beaucoup, non seulement pour soutenir et diriger l'entourage afin que celui-ci réalise autour du mourant, puis auprès du mort, l'ambiance de sérénité et d'ordre qui convient. Les personnes les plus réfléchies, les plus calmes, les plus fortes doivent être préparées à ce qui doit arriver ; leurs pensées doivent être assez hautes et leur attitude assez ferme pour empêcher les scènes de désespoir bestial, et les gestes dramatiques ; elles sont conduites à réaliser, avec simplicité et précision, les préparatifs matériels qui permettent de faire d'une chambre de malade un sanctuaire de recueillement et d'harmonie. Peu de paroles, mais simples, de sympathie, de sagesse et de paix : ce qui il faut pour que personne ne regarde en arrière et n'avive des regrets par des considérations sur ce qui il reste désormais à accomplir, extérieurement et intérieurement.

Il ne faut pas craindre d'assumer soi-même, résolument, les devoirs les plus humbles, quand personne, infirmière ou parent, n'est en état de les accomplir, par ignorance ou effondrement : faire la toilette du mort, en enlevant ses souillures, en le coiffant, en mettant des alèzes ou de grosses couches de papier sous lui, en lui fermant les yeux, en maintenant jusqu'au refroidissement du corps sa bouche fermée par un bandeau et ses deux pieds joints par un lien, en disposant ses bras dans la position voulue, en plaçant un drap propre et une taie d'oreiller propre, en faisant mettre de l'ordre dans la chambre et en la débarrassant de tout ce qui encombre. S'il y a de l'agitation dans la famille, il vaut mieux faire sortir ceux qui la causent pendant que l'on prépare tout cela avec une personne calme.

Ainsi le respect de la vie et de la mort commande l'action et la peine de

tous ceux qui sont placés auprès du malade au moment où il passe de l'une à l'autre ; et parmi eux, en première place, du médecin. De ses pensées, de ses paroles et de ses actes peut dépendre pour ceux qui perdent un être cher, soit un ressentiment, qu'on ne peut accepter avec indifférence car il nuit plus à ceux qui l'éprouvent qu'à celui qui en est l'objet, soit au contraire tout le bien dont cette heure peut contenir le germe.

Quelques références bibliographiques.

« L'accompagnement des mourants », *Médecine de l'homme*, revue du centre catholique des médecins français, n° 158 juillet-août 1985. « La souffrance de celui qui meurt » Laennec XXXII, Printemps 1984 « Jusqu'à la mort, accompagner la vie » *Bulletin du centre protestant d'études*, mars 1981.

ERRATUM

Le numéro 4 de 1986 a été numéroté, par erreur, 146 au lieu de 148.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL ET L'AVORTEMENT « THÉRAPEUTIQUE »

Daniel BOGGETTO *

1. EN QUELS TERMES SE POSE LE PROBLÈME ?

a) *Les maladies concernées*

Dans notre pays, naissent chaque année 12 à 15.000 enfants malformés, dont un sur cinq décède rapidement. Un décès sur quatre et une hospitalisation sur trois en pédiatrie sont le fait d'une maladie pouvant, dès maintenant ou dans l'avenir, relever d'un diagnostic anténatal.

Ces affections procèdent de deux sortes de mécanismes :

— un mécanisme génétique : c'est la transmission par les parents, ou la constitution au premier stade du développement de l'œuf, d'un matériel héréditaire défectueux ;

- anomalies du nombre ou de la forme des chromosomes : « mongolisme » ou trisomie 21 (porteurs de trois chromosomes 21 : 4 % des grossesses après 40 ans) par exemple,

- anomalies des gènes (structures fines des chromosomes déterminant chacun des métabolismes et des caractéristiques du futur organisme). Il existe ainsi plus de 300 maladies plus ou moins rares, qui « nécessitent » souvent des conditions de sexe ou la rencontre de parents sains mais porteurs de l'anomalie, pour se révéler : hémophilie, daltonisme, myopathie, mucoviscidose...

* Le Dr Boggetto est médecin généraliste à Givry.

— un mécanisme embryologique : l'œuf est normal au départ, mais ce sont le développement et la mise en place des organes qui sont perturbés de façon accidentelle ou par son agent toxique (radiations, la tristement célèbre thalidomide par exemple) ou infectieux (rubéole, toxoplasmose...). Quelques exemples : absence de membres ou d'encéphale, spina bifida, malformations cardiaques, bec de lièvre...

b) *L'actualité du problème*

Les chiffres abrupts, donnés plus haut, permettent de saisir tout le poids de ce problème : poids moral, physique et financier écrasant pour les familles, poids économique et démographique préoccupant pour la société.

C'est dire que, les autres grandes causes de mortalité néo-natale ayant été maîtrisées, le diagnostic de ces affections et leur traitement éventuel constituent un véritable défi pour la médecine. Le développement récent de nouvelles techniques (en particulier, en biologie moléculaire) et leur banalisation par les médias rejoignent l'angoisse légitime des parents (notre enfant sera-t-il normal ?) et le scandale de plus en plus criant du handicap dans notre société, pour faire jaillir l'espoir et bientôt l'exigence d'une procréation « sans bavures ».

c) *La mesure du problème pour le chrétien*

On vient tout juste de conquérir la maîtrise numérique de la procréation, et le public en exige la maîtrise qualitative quel qu'en soit le prix à payer. C'est bien là que réside le problème pour le couple chrétien : le diagnostic anténatal ne peut être dissocié de sa finalité presque unique pour le moment, qui consiste à éliminer le fœtus malade. Même si dans les faits, il n'aboutit pas systématiquement à ce résultat, sa mise en œuvre intégrale presuppose un accord pour l'avortement « thérapeutique » (ou plus exactement eugénique).

Cet avortement est-il moralement acceptable ? S'il ne l'est pas, jusqu'où faut-il aller dans la démarche du diagnostic anténatal ? Après quelques précisions techniques, nous analyserons les problèmes éthiques posés, en suggérant une démarche au couple chrétien (nous insistons sur cette restriction) qui se voit proposer un diagnostic anténatal.

II. EN QUOI CONSISTE LE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL ?

Le diagnostic anténatal repose sur une panoplie d'examens plus ou moins anodins à employer conformément à une certaine stratégie selon la pathologie que l'on suspecte. Aucun des examens décrits ci-après, ne permet, à lui seul, de faire le diagnostic de toutes les affections possibles de

l'embryon ou du fœtus. Schématiquement on peut dire que l'on est capable de dépister la plupart des anomalies chromosomiques, de nombreuses malformations et quelques désordres génétiques (des gènes).

a) *La consultation de conseil génétique*

Elle a pour but de faire le tri selon des critères précis (âge des parents, antécédents personnels et familiaux, naissances malformées ou avortements spontanés à répétition...) des couples justifiant vraiment des examens plus poussés. Elle vise à calmer l'angoisse déplacée et à rectifier les allégations faussement scientifiques. Elle oriente plus précisément le diagnostic vers telle ou telle affection, s'il existe des moyens pour le dépister. Elle devrait informer sur les implications d'une positivité des tests ultérieurs : l'enfant sera-t-il curable ou ne pourra-t-on rien proposer d'autre que l'avortement « thérapeutique » ?

b) *L'échographie à la fin du 2^e trimestre de grossesse*

Cet examen bien connu utilise les ultrasons pour évaluer sans risques significatifs, l'âge, la taille du fœtus, le volume de liquide amniotique, et pour visualiser plusieurs de ses organes (face, membres, encéphale, paroi abdominale, reins, cœur, tube digestif, canal rachidien, organes sexuels...). Plusieurs types de malformations peuvent ainsi être suspectés, incitant à pratiquer des examens plus lourds.

Nous ne faisons que mentionner la radiographie et des techniques d'imagerie plus modernes mais peu répandues.

c) *Les prélèvements de sang maternel pour analyse*

Le dosage de substances anormales (alpha-fœtoprotéine pour les malformations neurologiques fœtales) s'est révélé peu fiable. La recherche d'anticorps contre la rubéole, la toxoplasmose, les globules du fœtus constitue un élément d'orientation seulement.

d) *L'amniocentèse ou la ponction amniotique*

C'est, avec le suivant, un examen déterminant sur le plan diagnostique et éthique. Il consiste, vers la 18^e semaine de grossesse, à ponctionner l'œuf au travers de la paroi abdominale maternelle pour y prélever du liquide amniotique. On peut alors y doser certaines substances et cultiver des cellules fœtales qui y flottent, en vue de déterminer le sexe, rechercher des anomalies chromosomiques et détecter certaines maladies génétiques (une centaine environ, mais le nombre progresse rapidement). Les résultats de ces examens sont longs à obtenir (3 semaines). Leur fiabilité est grande lorsque

la recherche est positive. Mais la négativité n'exclut pas une affection non encore décelable (faux négatif).

Le risque de cet examen est loin d'être négligeable : de 1 à 2 % d'avortements dûs à la ponction. La plupart de ces fœtus sont normaux. C'est pourquoi, il n'est indiqué que lorsque existent des facteurs de risque fœtal appréciables.

e) *Le prélèvement de villosités choriales (ou de trophoblaste)*

C'est la dernière née de ces techniques de diagnostic. Elle consiste à prélever des fragments fœtaux du placenta par l'orifice du col de l'utérus afin d'en examiner les cellules aux mêmes fins que ci-dessus. La différence énorme, qui explique la diffusion explosive de cette technique, réside dans le fait qu'elle se pratique à la 10^e semaine de grossesse, et permet des résultats bien plus rapides (24 à 48 h). Les délais légaux pour avorter sans autorisation médicale sont alors respectés avec toutes les « commodités » que cela engendre...

Le risque de cet examen reste très important : environ 4 % d'avortements précoces.

f) *La fœtoscopie*

Elle est l'apanage des centres très spécialisés. L'introduction d'un système optique dans l'œuf par ponction à la fin du 2^e trimestre, permet de visualiser directement le fœtus, de lui faire des prélèvements sanguins et même d'autres tissus, d'opérer certains actes thérapeutiques.

Cet examen peu pratiqué est très traumatisant : 4 % d'avortements tardifs.

g) *Stratégie diagnostique*

Il convient d'insister sur le fait que ces examens ne sont pas tous consécutivement mis en œuvre dans chaque cas. Leur stratégie d'utilisation tient compte de la fréquence statistique, de la gravité future de l'affection recherchée, du risque propre à l'examen, mais aussi de leur coût et de la disponibilité des centres pour les réaliser. Seule l'échographie est régulièrement proposée à toutes les femmes, une anomalie déclenchant la mise en route des examens plus lourds.

III. IMPLICATIONS MÉDICALES DE CETTE DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

a) *Formulation pragmatique des résultats du diagnostic*

Lorsque les examens mis en œuvre ont abouti à un résultat positif (5 % des ponctions amniotiques), il est possible de tirer les conclusions pragmatiques suivantes :

- il s'agit d'une affection peu invalidante ou facilement curable après la naissance,
- il s'agit d'une affection curable *in utero* ou justifiant une extraction précoce ou des soins néo-nataux avec un espoir de résultat acceptable,
- il s'agit d'une affection très invalidante soit d'emblée, soit ultérieurement (quel que soit le traitement entrepris) avec ou sans atteinte intellectuelle,
- il s'agit d'une affection létale *in utero* ou très rapidement après la naissance.

b) *Les décisions pratiques.*

En général, les parents prennent, avec l'équipe médicale, une des décisions suivantes :

- accouchement normal à terme,
- prise de mesures périnatales : césarienne prématurée, soins médico-chirurgicaux néo-nataux (malformation cardiaques, exsanguino-transfusion par exemple) régimes,
- geste thérapeutique *in utero* : pratiqué dans les rares centres et confiant parfois à un acharnement thérapeutique expérimental (hydrocéphalie, malformations urologiques, incompatibilité rhésus par exemple),
- avortement « thérapeutique » :
 - soit après les délais légaux, au 2^e trimestre, (après ponction amniotique) ce qui nécessite un accord médical, une technique lourde sur le plan physique et très traumatisante sur le plan psychologique.
 - soit avant le délai de la 12^e semaine (après prélèvement de villosités choriales), à la seule convenance du couple, avec une technique bien plus légère mais avec un traumatisme psychologique qui reste difficile à apprécier à court terme.

On saisit immédiatement l'influence que l'âge auquel le diagnostic est pratiqué peut avoir sur la décision des parents, à malformation égale. L'expérience montre d'ailleurs, qu'après prélèvement de villosités choriales, la tentation abortive est plus forte qu'après ponction amniotique. L'examen des produits d'avortement pour une affection supposée, dont le diagnostic anténatal précis n'est pas encore possible, révèle une énorme

proportion d'embryons sains (50 % pour la suspicion d'hémophilie, 95 % pour la suspicion de toxoplasmose embryonnaire).

c) *Les aspects positifs du diagnostic anténatal*

Au sein de toutes ces conclusions pessimistes, il ne faut pas occulter les conséquences positives du diagnostic anténatal :

- permettre la mise en œuvre de mesures préventives pendant la grossesse ou le début de la vie de l'enfant,
- aider les parents qui veulent mener à terme un enfant malade à se préparer à son accueil. Il est difficile de faire la balance entre la brutalité de la découverte à la naissance d'un handicap non diagnostiqué et la lourde attente d'un enfant dont l'affection a été révélée, avec tout ce que cela peut impliquer d'angoisse dans la relation foeto-maternelle,
- aider des parents qui n'auraient peut-être pas entrepris une nouvelle grossesse après un premier enfant malade ou qui y auraient aveuglément mis fin dans les délais légaux, s'ils n'avaient eu la promesse d'un diagnostic anténatal fiable pour les rassurer. Mais nous avons déjà marqué les limites techniques de cette garantie (faux négatifs).

IV. TENTATIVE D'ÉVALUATION ÉTHIQUE DU DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

a) *Remarques préliminaires*

D'emblée, il nous faut rappeler que nous nous plaçons dans une perspective évangélique qui concilie la soumission à la souveraineté de Dieu et l'amour pour le prochain. C'est à ce titre qu'il est hors de question de vouloir imposer la démarche ci-dessous à des personnes n'ayant pas fait l'expérience de la foi, de l'obéissance à Dieu et de son amour. Ce serait vouloir leur faire porter des fardeaux trop lourds (Mt 23 : 4).

Loin de nous également l'idée de condamner des parents qui, face à un diagnostic sûr d'une affection sévèrement invalidante, douloureuse et incurable auraient eu, peut-être après un premier enfant déjà handicapé, recours à l'avortement. Particulièrement lorsque l'on sait dans quel climat de détresse, de précipitation, de manque d'information, de pressions médicales et familiales, cette décision est souvent prise. Rappelons-leur plutôt le pardon de Dieu.

b) *Proposition d'une démarche éthique préventive*

Elle repose sur deux questions pratiques que doivent se poser les parents :

- si le résultat du diagnostic est positif, aurons-nous recours à l'avortement ?
- si nous n'envisageons en aucun cas l'avortement, devons-nous avoir recours au diagnostic ?

Il nous semble de la plus haute importance que le couple examine ces deux questions en dehors du contexte de tension qui entoure le moment où le diagnostic est envisagé, ou même l'attente des résultats lorsqu'il est déjà pratiqué. Médecins, pasteurs, chrétiens ont un devoir d'information et d'incitation à la réflexion, avant toute grossesse, auprès de couples susceptibles de se voir proposer un jour un diagnostic anténatal (couples âgés de plus de 35 ans ou ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladies héréditaires, ou ayant déjà des enfants malformés ou porteurs de maladies transmissibles). Cela devient alors une responsabilité pour un tel couple de passer par une consultation de conseil génétique pour voir leur risque évalué, expliqué et chiffré, pour subir d'éventuels examens de dépistage de porteurs sains. Ainsi, munis de toutes ces informations et ayant réglé l'échi aux deux questions posées ci-dessus, ils pourront envisager de façon vraiment responsable, soit une procréation, soit une contraception fiable et définitive. C'est dans une telle démarche et non dans la pratique de l'avortement « thérapeutique » que se situe l'aspect le plus noble de la médecine : la prévention.

C'est de la prévention que ressort également le conseil à donner de procréer jeune. Les grossesses tardives (après 35 ans), souvent du fait du travail féminin, sont grandes pourvoyeuses d'anomalies chromosomiques.

V. LE RE COURS A L'AVOR TEMENT EN CAS DE DIAGNOSTIC POSITIF ?

a) *Les limites de l'inacceptable*

L'objection jaillit immédiatement : cela dépend du degré de gravité de l'affection, de son pronostic, de l'autonomie qui sera conservée à l'âge adulte, de la souffrance qui lui sera attachée, de l'atteinte intellectuelle associée. On pourrait imaginer un consensus facile dans les atteintes sévères ; or, c'est précisément là que se situe la plus grande confusion du fait d'un certain nombre de facteurs :

- une même affection chromosomique ou génique peut s'exprimer de façon plus ou moins sévère chez l'enfant, puis chez l'adulte qu'il va devenir. Le diagnostic anténatal ne permet pas de faire une telle projection dans l'avenir, le devenir dépendant éminemment des soins, de l'amour, de l'éducation dont bénéficiera l'enfant (plusieurs expériences en témoignent chez les trisomiques),
- une affection, jugée insupportable aujourd'hui, bénéficiera peut-être d'un traitement transformant son pronostic demain : c'est à cela que doit s'acharner la recherche médicale,

- rien n'est plus subjectif que l'appréciation du fardeau que constitue un handicap ou une maladie : une atteinte égale pourra être jugée insupportable par les uns en raison d'une culture, d'un mode de vie, d'une idéologie, d'un environnement familial particuliers, alors qu'il sera parfaitement assumé par les autres. Or le propre de cet environnement socio-familial, c'est de changer, et de changer vite,
- la dimension psychologique et spirituelle d'un individu transforme dans un sens ou dans l'autre le fardeau que constitue un handicap physique.

C'est ici que se situe le risque de dérive eugénique : plusieurs publications parlent d'éliminer les futurs diabétiques, alors que l'on sait maîtriser cette maladie à peu de prix. De même pour la phénylcétonurie qui peut être bien contrôlée par un régime strict les premières années de vie. Certains parents refusent de mener à terme des fœtus atteints d'anomalies chromosomiques à faible potentiel malformatif (XYY ou XXX) ou de handicaps facilement curables (pieds bots, becs de lièvre, présence d'un 6^e doigt). La tentation est évidemment plus forte lorsque les diagnostics proposés sont de plus en plus fins et réalisables à un stade plus précoce de la grossesse où les relations foeto-maternelles ne se sont pas encore solidement établies.

On sent monter dans le public, peut-être plus que dans le corps médical, une exigence de garantie de procréation normale à 100 %. Quelle normalité et qui la définira ? On peut avoir quelques craintes à ce sujet.

Il est d'ailleurs curieux de constater les effets pervers du diagnostic anténatal sur le plan eugénique. L'élimination de la descendance malade de parents sains (porteurs d'un gène pathologique, sans être malades), a pour effet de les inciter à engager des grossesses qu'auparavant ils auraient naturellement freinées après une première naissance anormale. Mais ces enfants « normaux » menés à terme sont, en fait, souvent eux-mêmes des porteurs sains, dont la multiplication accroît statistiquement à long terme l'incidence des maladies héréditaires (mariage de deux porteurs sains). On ne touche pas impunément à certains mécanismes naturels !

b) *Le réductionisme biologique*

L'idéologie matérialiste et humaniste a donné naissance à un homme sans Dieu qui se réduit à la seule dimension biologique. S'il est justifié de tout mettre en œuvre pour traiter le biologique dans l'homme, il est dangereux de le limiter à cela. Car lorsqu'il n'a plus cette intégrité biologique, que lui reste-t-il ? C'est alors la porte ouverte à l'euthanasie et, en particulier, à cette euthanasie anténatale qu'est l'avortement « thérapeutique ».

L'Écriture affirme notre création à l'image de Dieu, c'est-à-dire corps, âme et esprit (Gn 1 : 26). Même si cela heurte notre conscience, dans le pire handicapé il y a l'image de Dieu, c'est-à-dire une dimension spirituelle que nous devons respecter dès la conception.

Nombreux sont les handicapés qui témoignent d'une vie spirituelle

intense qui transcende leurs limitations physiques. C'est ce qu'exprimait Jésus dans Matthieu 18 : 8.

c) *L'avortement « thérapeutique » reste un avortement*

C'est ce même rejet de Dieu et du spirituel qui a conduit à qualifier l'œuf, l'embryon puis le fœtus, de produit dont on peut disposer, particulièrement lorsque la motivation est d'épargner la souffrance du futur individu et de sa famille.

La Bible affirme la nature pleinement humaine de l'individu, de sa conception à sa mort, et le respect qui lui est dû (Ps 139 : 13-16 ; Es 46 : 3 ; Jér 1 : 5).

Certains n'hésitent pas à souligner l'hypocrisie de l'avortement « thérapeutique » par rapport à l'infanticide que pratiquaient certaines civilisations antiques : pourquoi tant investir pour éliminer en catimini, quelques mois avant terme, parfois sur la seule base de présomptions, celui que l'on pourrait supprimer facilement après un diagnostic sûr et facile à la naissance.

d) *Le sens de la souffrance*

Toujours dans ce contexte matérialiste humaniste, on se refuse à reconnaître dans cette vie handicapée, un projet cohérent et défini. Une descendance de cette qualité, les parents ne l'on pas désirée. Elle heurte de plein fouet leurs projets de réussite, leur autosuffisance, leur orgueil.

Le chrétien, lui, sait y reconnaître une vie à qui Dieu a permis d'arriver à terme (Ex. 4 : 11 ; Es. 66 : 9). Sans rien minimiser de la lourde épreuve que constitue l'accueil d'un nouveau-né malformé puis son éducation, il faut se souvenir de la grâce de Dieu qui soutient, secourt et encourage (1 Cor 10 : 13). Combien de parents traversant une telle épreuve soulignent son caractère formateur et édifiant (1 Pi 1 : 7) : la découverte d'une dimension nouvelle à la vie, la multiplication de l'amour (Mt 25 : 40). Quel témoignage à la gloire de Dieu que des parents élevant avec amour, patience et désintéressement un enfant définitivement malade, ou qu'un handicapé supportant avec joie sa lourde épreuve. Ils nous appellent à la gratitude et à l'humilité. Ils nous font réaliser un peu plus nos limitations et l'attente, dans laquelle nous sommes, des ressources de Dieu et de la résurrection.

e) *La place des handicapés dans notre société*

N'est-ce pas la société, par son rejet des handicapés, ses exigences économiques et de rentabilité, ses schémas de réussite, de bonheur, de beauté, de bonne santé qui a créé l'anormal ? Elle ne supporte plus sa présence et le

marginalise dans des institutions, fussent-elles luxueuses et coûteuses à souhait. C'est cette mentalité de pudeur malsaine et de rejet qui crée, pour une bonne part, l'angoisse pressante au moment du résultat positif du diagnostic anténatal. Les générations passées avaient une bien plus grande capacité morale d'intégration des handicapés dans la société et la famille, malgré des moyens techniques, financiers, médicaux bien inférieurs aux nôtres. Elles vivaient la solidarité et ne se contentaient pas d'en parler ou de la cloisonner à des oboles aussi grasses soient-elles.

L'influence de la Parole de Dieu était pour beaucoup dans cette solidarité. Au milieu de civilisations qui pratiquaient couramment l'avortement et l'infanticide, l'Ancien Testament prône la protection (Lc 19 : 14 ; Dt 27 : 18), l'aide humaine (Jb 29 : 15 ; Pr 31 : 8) et divine (Ps 146 : 8 ; Es 35 : 5-6) aux handicapés. Le ministère de Jésus et de ses disciples fourmille de rencontres avec des handicapés probablement de naissance (aveugles, sourds-muets, paralytiques, nains) : une attitude faite de compassion (Mt 20 : 34), de déculpabilisation (Jn 9 : 3), de guérison (Lc 4 : 40). N'avons-nous pas à redécouvrir ces attitudes vis-à-vis des handicapés, malformés, malades en vie ou à naître (Rm 15 : 1) ?

f) *A qui de juger du caractère intolérable du handicap*

Dans le climat de tension où les parents se déterminent à interrompre ou non la grossesse, l'équipe médicale et l'environnement familial prennent une part importante à la décision. Mais c'est, en définitive, aux parents qu'incombe la lourde responsabilité de décider si la vie de l'individu sera digne d'être vécue ou non.

C'est, en général, au nom de l'amour qui'ils croient choisir l'une ou l'autre décision. Or rien ne peut être plus inapproprié qu'un amour dénué de références solides et, en particulier, détaché du respect de Dieu et de son œuvre. Il est certain que si on le détache de cette référence, le débat reste sans fin entre les tenants du bien absolu (qui placent l'amour de la vie en formation avant tout) et les partisans du bien relatif (qui placent la qualité de la vie à venir avant tout).

Nous n'entendons pas entrer ici dans un tel débat, mais plutôt nous poser une question d'autorité sur la vie de l'enfant : à qui appartient la vie de cet enfant, une fois conçu ? A sa mère, répondent les féministes, puisque notre ventre nous appartient ! A Dieu, répond l'Écriture qui proclame sa souveraineté sur toute créature, l'homme n'étant en fait que le « gérant » de son propre corps et de sa descendance (Ac 17 : 28 ; Jb 10 : 8-12 ; Dt 32 : 39 ; Ps 100 : 3).

Si cet être humain est une création unique de Dieu, quoiqu'elle porte dans sa chair certaines des conséquences universelles du péché, nul n'a le droit de la dominer au point d'interrompre son élan vital, même pour un prétendu bénéfice. Personne ne peut préjuger de ce que sera pour l'enfant malformé le goût ou le sens de vivre. Même les parents ne sont pas les

mieux placés pour prendre une décision de vie ou de mort, quand on se souvient de l'extrême subjectivité de ce choix. Des témoignages confirment qu'avec plus de maturité, ils auraient pris, à 40 ans, une décision toute différente de celle qu'ils ont prise à 20 ou 25 ans.

Que penser des quelques études portant sur les bénéfices et les coûts du diagnostic anténatal, suivi d'avortement en cas de trisomie, envisageant l'hypothèse de rendre obligatoire cet examen pour l'obtention des allocations de maternité ?

g) Une certaine idée de la médecine

C'est bien toute la philosophie de la médecine qui est remise en cause par la pratique de l'avortement « thérapeutique » (comme par l'euthanasie et par l'avortement tout court). Depuis Hippocrate, le médecin a pour objectif de faire un diagnostic, traiter lorsqu'il le peut et soulager lorsqu'il ne peut plus ou pas encore traiter. Chaque médecin, un jour, a prêté le serment du respect absolu de la vie humaine. L'avortement « thérapeutique » constitue une perversion des objectifs millénaires de la médecine, dont les implications à long terme sont difficiles à mesurer. Ceci étant dit sans faire le moindre procès d'intention aux médecins estimant devoir le faire.

On ne peut pas en dire autant de certains médias qui développent avec irresponsabilité, parmi le public, l'exigence d'une « médecine du désir ». Une médecine sans conscience au service docile des moindres désirs de ses clients ou de l'Etat. Ainsi, le prélèvement de villosités choriales a été développé d'abord en Chine au cours de ces dernières années, dans un but inavoué de sélection du sexe : l'Etat encourageant la limitation des familles à un enfant, les couples veulent être sûrs d'avoir un garçon pour premier-né. Des statistiques ont révélé le même détournement d'objectif en Italie. Il n'est pas difficile d'imaginer les conséquences démographiques de cette sélection du sexe au bout de quelques générations, quand on sait que 80 % des couples veulent un garçon pour premier enfant. La réalisation de cet examen avant la fin du délai légal d'avortement libre, permet tous les excès.

C'est bien la religion de la toute-puissance de l'homme qui conduit à investir la médecine d'une infaillibilité au service sans limite de ses désirs propres. Cette mentalité est source de demandes d'avortement « thérapeutique » pour les motifs les plus anodins, voire fantaisistes. Qu'adviendra-t-il lorsque les médecins, ayant fait leur diagnostic, n'auront plus rien à dire à des parents libres, devant la loi, de disposer comme bon leur semble de cette grossesse.

La médecine devrait devenir une expression de notre humanité rachetée, une preuve que Dieu nous a aidés à dépasser la loi de la jungle qui favorise la survie des plus forts et l'élimination des plus faibles.

VI. LE RECOURS AU DIAGNOSTIC, MÊME SI ON EXCLUT TOUT AVORTEMENT !

Le diagnostic se trouve alors coupé de son aboutissement le plus habituel, malheureusement, lorsqu'il s'avère positif. Son seul intérêt est de permettre de savoir d'avance.

a) *L'intérêt ou non de savoir d'avance*

Savoir peut être vital lorsque, en cas de positivité, des mesures non abortives peuvent être prises. Nous en avons déjà parlé. Dans ce cas, refuser le diagnostic peut être assimilé au refus d'assistance à personne en danger.

Mais, lorsque pour les affections recherchées, on connaît d'avance l'absence de ressources thérapeutiques, est-il légitime de chercher à savoir ? On ne peut nier l'effet libérateur du résultat négatif sur le climat psychologique du reste de la grossesse. On peut discuter longuement l'intérêt de connaître un résultat positif en mettant en balance :

- l'angoisse et les problèmes de conscience qu'il fait peser sur tout le reste de la grossesse,
- la préparation de la famille à l'accueil de l'enfant malade qu'il permet.

C'est ici que se situe, pour le couple chrétien, la part nécessaire de foi et de confiance en Dieu qui doit entourer toute grossesse, à risque ou non. Les parents ont-ils vraiment besoin d'être rassurés ou préparés par un moyen dont on connaît les limites, le coût et les risques ? N'est-ce pas là une sorte de curiosité déplacée, risquée et stérile que de vouloir essayer de dévoiler, avant le temps prévu par Dieu, ce qu'il a mis souverainement en réserve pour ce couple ? N'est-ce pas une sorte de défiance et de refus déguisé de sa volonté ? (Mt 6 : 25-34)

b) *Le problème du risque diagnostique*

Tout acte médical diagnostique ou thérapeutique comporte une part de risque. En l'occurrence, il s'agit d'un risque non négligeable d'avortement (1 à 2 % pour la ponction amniotique, 4 % pour le prélèvement de trophoblaste) avec tout ce qu'il représente de traumatisme physique et surtout psychique.

Ce risque doit être soigneusement mis en balance avec le bénéfice à attendre de l'examen et avec la probabilité de diagnostiquer l'affection recherchée : on ne propose pas l'examen à une femme qui n'a qu'une probabilité de 1 à 2 % de grossesse anormale (c'est-à-dire inférieure au risque de l'examen lui-même). Si un traitement déterminant peut découler du diagnostic positif d'une affection assez probable, le risque mérite d'être

encouru. Mais on mesure, ici, le prix à payer pour être rassuré et préparé psychologiquement.

c) *Proposition d'une démarche pratique*

Ces considérations théoriques seront actualisées à chaque cas particulier au cours de la consultation de conseil génétique.

S'il existe un risque d'affection foetale bien précis (cas familiaux, grossesses précédentes), il faut le quantifier et savoir si un traitement efficace peut être envisagé pour améliorer le devenir de l'enfant. Si oui, il nous semble légitime d'engager des examens lourds.

Dans tous les autres cas (risque non défini et pas de traitement possible), il est certainement préférable de s'abstenir. Dieu saura honorer de sa paix cet acte de foi et d'attente dans la soumission à sa volonté.

CONCLUSION

Nous avons parlé, d'une façon souvent théorique, de personnes qui souffrent, qui sont désemparées. Nous ne pouvons, ni ne devons, leur imposer nos choix moraux, mais cela ne doit pas nous empêcher de leur en faire part avec amour. Souligner le terrible dilemme moral auquel sont confrontés les parents, c'est aussi insister implicitement sur le devoir de l'Eglise à leur égard : devoir de prière, d'amour, de présence et d'aide concrète sans restriction (Ga 6 : 2).

Tous cet exposé est un appel à la grâce et au secours de Dieu pour toutes ses créatures soumises à cette terrible épreuve de la maladie d'un enfant découverte pendant la grossesse ou à la naissance. Sans Lui, aucune des démarches d'amour, de foi, de confiance et de soumission, que nous avons humblement proposées, ne pourrait être menée à terme. Gloire soit rendue à Dieu pour tous ceux qui ont fait la démonstration que la victoire de la vie est possible.

ÉTHIQUE ET MANIPULATIONS GÉNÉTIQUES

Christian ROUVIÈRE

Proposer à notre attention ici la question des manipulations génétiques, c'est assurément prendre pour objet de pensée un des chapitres les plus délicats d'une discipline en pleine expansion, que les lexicographes ont désormais enregistré sous le nom de *bioéthique*. Il est, à cet égard, frappant de constater à quel point le développement prodigieux des sciences de la vie vient imposer une double démarche réflexive : en plus de la nécessaire analyse épistémologique traditionnellement dévolue au philosophe, un autre type de discours s'impose, en effet, discours dont l'articulation est ressentie par plusieurs comme une urgence et qui est, lui, du ressort de l'éthicien.

Notre tâche, dans ce bref article, est limitée et nos prétentions modestes. Nous souhaitons, dans un premier temps, esquisser la problématique propre à la biologie moléculaire contemporaine, en éclairant autant que faire se peut le champ spécifique de la génétique ; dans un second temps, nous évoquerons quelques implications théologiques suscitées par de telles pratiques inédites. Ce faisant, c'est un intérêt très résolu pour la théologie qui nous meut ici. Cependant, avant de mettre en œuvre une réflexion théologique, il importe bien évidemment de rappeler les faits de biologie directement concernés. Il convient de dire ce qu'est la génétique et en quoi consiste une manipulation génétique. Le lecteur voudra donc bien prendre patience devant la présentation de certaines données très générales d'un usage immédiat pour notre propos.

I. DE LA GÉNÉTIQUE FORMELLE A LA GÉNÉTIQUE BIOCHIMIQUE : QUELQUES FAITS ET CONCEPTS

La génétique, chacun le sait, est la science de l'hérédité. Signalons-en au passage l'étymologie : le terme « hérédité » vient du latin *heres* (-edis), lequel signifie : « héritier, légataire ». D'où la notion connexe de « patrimoine » génétique. On peut le dire, de tous temps les hommes ont été intri-

gués par ce phénomène étrange de la transmission des caractères d'un individu à ses descendants. Prenons un exemple, tiré de la littérature : Montaigne exprime, au livre II des *Essais*, sa perplexité devant le « nombre infini de formes » qui naissent d'une goutte de semence. L'étonnement règne donc au cours de l'histoire, jusqu'à cette année 1865, au cours de laquelle le Tchèque Gregor Mendel, moine de son état, parvient à quelque clarté nouvelle. C'est en effet en 1865 qu'il publie son *Essai sur l'hybridation des plantes*. Le croisement patient et minutieux de petits pois dans le jardin du monastère aboutit à la formulation des célèbres « lois de Mendel », qui, dans leur énoncé moderne, expriment respectivement la loi de pureté des gamètes, la loi de dominance et, conséquemment, la loi de récessivité. On parle donc, à un premier niveau, de « génétique formelle » ou mendélienne pour désigner l'étude classique des caractères héréditaires et de leur transmission. Observons immédiatement que les idées exprimées en son temps par Mendel étaient d'une nouveauté conceptuelle telle, qu'elles ne furent pas reçues par la communauté scientifique. Fort heureusement, cette méconnaissance initiale, on pourrait dire cette indifférence même, a cédé au cours des premières années du vingtième siècle. À une époque où les physiciens découvraient avec Max Planck les rudiments de la théorie quantique, les lois de Mendel étaient redécouvertes dans le domaine de la biologie végétale par C. Correns, E. von Tschermak et H. de Vries. Dans la période 1902-1904, W.J. Sutton aux Etats-Unis et T. Boveri en Allemagne établissaient les bases d'une théorie chromosomique de l'hérédité. On était dès lors en mesure de comprendre le pourquoi des constantes statistiques que traduisent les lois de Mendel. Une mention spéciale revient cependant à Thomas Hunt Morgan et à son école, pour avoir véritablement établi et développé la théorie chromosomique précise de l'hérédité. Au centre de ces travaux, une mouche du vinaigre, jusque-là anodine, qui dans les élevages de Morgan conquiert elle aussi ses lettres de noblesse sous le nom de scène prestigieux de *Drosophila melanogaster*.

Au cours de ces différentes étapes, la génétique a notablement évolué. Initialement, les végétaux supérieurs et les animaux (souris) fournissaient les sujets d'étude. Au cours du temps, les bactéries et les virus sont venus avantageusement les remplacer. C'est ainsi qu'après l'heure de gloire de la drosophile est venue celle du colibacille, c'est-à-dire de *l'Escherichia coli*, et avec lui celle du phage T4, qui est un des bactériophages spécifiques. Rappelons qu'une bactérie est un microorganisme unicellulaire, se reproduisant par scission. Ainsi, les bacilles et les coques sont deux types de bactéries. Le terme *virus* désigne, quant à lui, un microorganisme ne possédant qu'un seul type d'acide nucléique (ADN ou ARN). Les virus infectent les cellules, les parasitent et se reproduisent en incorporant leur propre matériel génétique à celui de la cellule infectée. Tant bactéries que virus se sont révélés d'un très grand intérêt. C'est par leur étude qu'ont été atteints les fondements moléculaires de la génétique ; et c'est en abordant à présent la génétique moléculaire ou biochimique que nous pouvons espérer accéder au problème des manipulations génétiques.

Le concept central est celui de gène, car c'est lui qui est le support de

l'hérédité. Mais pour dire le gène, il importe de définir tout d'abord la notion de chromosome. Ce terme fut forgé par Waldeyer en 1888. Les *chromosomes* sont des structures présentant la forme de bâtonnets, situés dans le noyau de toute cellule vivante. A ce titre, les chromosomes sont des éléments essentiels du noyau cellulaire. Chaque espèce, végétale ou animale, présente un nombre fixe de chromosomes, nombre qui est comme la signature caractéristique de l'espèce en question. A titre d'exemple, l'abeille en a 32, le porc 38, la souris 40, l'écrevisse 200 ! Pour l'homme, il a fallu attendre jusqu'en 1956 pour que soit établi le nombre chromosomique exact, qui est de 46. Nous pouvons, cela posé, préciser à présent la notion de *gène*. Il s'agit en quelque sorte d'une « particule » élémentaire d'un chromosome. Les gènes sont les véritables supports de l'hérédité. Chaque gène assure, en effet, la transmission héréditaire d'un caractère (yeux bleus, cheveux frisés, etc...) ; il se présente comme un infime fragment d'ADN chromosomique.

L'acide désoxyribonucléique ou ADN est une macromolécule étudiée par Friedrich Miescher dès 1869. Mais les travaux décisifs ont été accomplis par les américains Watson et Crick. Ces chercheurs ont émis en 1953 l'hypothèse, depuis vérifiée, de la structure en double hélice de l'ADN. Il s'agit, en effet, d'une double chaîne spiralee dont la constitution est très complexe. L'idée simple que le lecteur voudra bien retenir est celle-ci : l'ADN, qui est la substance chimique constitutive des chromosomes, fonctionne selon un alphabet très précis. Cet alphabet très spécial comporte quatre lettres dénommées « bases ». On distingue, à ce niveau, deux bases puriques (guanine et adénine) et deux bases pyrimidiques (cytosine et thymine). Si l'on délaisse les détails techniques fastidieux, on peut présenter les ADN comme des polynucléotides présentant l'enchaînement fondamental : base - sucre - groupement phosphoryle. Les acides nucléiques sont formés d'une telle succession d'éléments alternés, succession dont la limite est celle du chromosome lui-même. Les erreurs dans l'enchaînement des paires de bases entraînent les *mutations génétiques*, par modification d'un seul ou de plusieurs gènes. Cette modification d'un gène entraîne bien évidemment le changement subséquent et permanent d'un caractère héréditaire.

II. NATURE ET PORTÉE DES MANIPULATIONS GÉNÉTIQUES

Les techniques de manipulations génétiques sont également désignées par les expressions équivalentes de *recombinations génétiques in vitro* et de *génie génétique*.

1. Nature

Qu'est-ce qu'une manipulation génétique et en quoi consiste-t-elle ? « C'est une technique qui permet de transférer du matériel génétique

(ADN) d'une espèce (animale, végétale, bactérie ou virus) dans une autre espèce (pour le moment une bactérie). »¹ On transfère, par exemple, l'ADN d'une grenouille dans une bactérie.

Pour mettre en œuvre une manipulation, il faut la réunion d'un certain nombre d'éléments :

- une cellule-hôte : généralement *Escherishia coli* ;
- un fragment d'ADN à introduire dans cette cellule, fragment provenant de n'importe quelle espèce (animale, végétale, bactérienne, virale, humaine) ;
- un vecteur, c'est-à-dire un transporteur du fragment d'ADN que l'on souhaite incorporer à *E. coli* ;
- des enzymes dits « de restriction » dont la fonction est de « couper » la molécule d'ADN en des points particuliers. On obtient ainsi des fragments d'ADN introduits par la suite dans la cellule-hôte.

On attend d'une telle manipulation le résultat suivant : la bactérie incorpore à son propre génome l'ADN étranger. On est ainsi en possession d'une molécule d'ADN hybride. Le fragment incorporé est reproduit très rapidement, les bactéries opérant une division toutes les demi-heures, à peu près. Cette opération très importante est connue sous le nom de *clonage*.

Il va de soi qu'il existe d'autres techniques et de multiples protocoles dont la description n'entre aucunement dans le cadre de notre rapide présentation.

2. Exemples d'application

Avec l'évolution rapide des connaissances fondamentales et de la biotechnologie, les champs d'application des manipulations génétiques sont appelés à s'étendre et à se diversifier de façon permanente. Pour l'heure, et pour faire court, nous pouvons mentionner dans le domaine agronomique les améliorations obtenues sur les plantes cultivées par l'introduction de gènes de résistance aux maladies, au froid ; de gènes de précocité, etc. Il est également possible de produire des variétés nouvelles à hauts rendements. Il est, de plus, envisagé d'essayer d'associer des bactéries symbiotiques du genre *rhizobium*, fixatrices de l'azote de l'air, à certaines céréales. Pour le moment, ceci ne se produit naturellement que chez les plantes de la famille des légumineuses (pois, haricots, luzerne, soja). Mais on pense pouvoir étendre ce phénomène à l'ensemble des céréales. L'intérêt de cette technique serait une importante économie d'engrais azotés, ainsi qu'une amélioration de la teneur protéique.

Sur le plan des applications médicales, on recherche des molécules nouvelles en vue de fabriquer de nouveaux médicaments. La multiplication rapide des bactéries permet de produire en grandes quantités ces substances, ainsi que d'autres molécules déjà connues, mais particulièrement

¹ A. Mendel, *Les manipulations génétiques*. (Paris : Le Seuil, 1980), 61.

demandées en raison d'un usage fréquent. Citons : les antibiotiques, certaines hormones (principalement l'insuline), des vaccins, des enzymes, des anticorps monoclonaux et, au stade encore de la recherche, l'interféron.

3. *Les risques*

Michel Privat de Garihe dit très bien les choses ainsi : « Tant que les expériences de recombinaison génétique se limitent à la biosynthèse de quelques protéines biologiquement actives mais inoffensives, on conçoit leur intérêt scientifique, car il s'agit de manipulations génétiques dirigées à volonté dans un laboratoire (...). Le jour où l'on utilise comme fragment d'ADN intéressant celui d'un virus cancérogène, on s'expose au danger de propager par une bactérie commune comme *E. coli*, ce virus cancérogène d'une façon incontrôlée : il n'est pas besoin d'insister sur le danger que représente une semblable opération »².

Il faut savoir que l'ADN peut contenir des virus à l'état latent. Une fois introduits dans la bactérie à l'insu du chercheur, ces virus peuvent s'y développer. Ce risque est une conséquence de notre ignorance quant à la nature et au rôle de certaines portions de la molécule d'ADN. Il existe donc un danger, certes potentiel, mais indéniable lors des expériences d'hybridation. Autre élément à prendre en considération : la bactérie ayant reçu l'ADN étranger inconnu peut se mettre à fabriquer des toxines codées par cet ADN. On crée ainsi de nouvelles souches pathogènes, pouvant accidentellement se disséminer. L'imagination peut, en outre, concevoir l'utilisation éventuelle du génie génétique à des fins militaires. On créerait, dans ce cas, en vue d'une guerre bactériologique, de nouvelles souches microbiennes rendues résistantes à tous les antibiotiques connus. Ce qu'il faut enfin bien saisir, c'est que les recombinaisons de molécules d'ADN sont *irréversibles*. Il est impossible d'annuler les nouvelles formes de vie ainsi créées : en cas grave, on ne peut donc précipitamment faire « marche arrière ». Tous ces risques multiples ont été discutés pour la première fois lors de la conférence d'Asilomar, en Californie, au mois de février 1975. Des normes de sécurité, appréciées en fonction des différents degrés de risque, ont été formulées. Malheureusement, il y a réellement lieu de s'interroger sur l'application effective, au niveau des laboratoires de recherches concernés, de ces recommandations et consignes.

III. APPROCHE THÉOLOGIQUE

En abordant théologiquement le dossier très délicat des manipulations génétiques, il ne s'agit pas pour nous d'adopter une attitude rigide *a priori* et de porter un soupçon systématique sur des techniques dont la nouveauté

² M. Privat de Garihe, *Les acides nucléiques*. (Paris : P.U.F., 1977 (4)), 124.

nous déconcerte et nous inquiète. Notre démarche ne doit pas être émotionnelle, mais doit prendre son enracinement critique dans la Sainte Ecriture reçue comme Parole inspirée de Dieu, source de la vraie foi et de la vraie sagesse. Car la question se pose : le généticien peut manipuler l'homme ; mais cela est-il éthiquement licite ?

Je voudrais à présent soumettre à la réflexion quatre points principaux qui, me semble-t-il, méritent de retenir notre attention ; ils sont autant de pistes à développer en vue d'une méditation personnelle.

1. Je formulerai le premier point sous forme d'une interrogation biblique : *mah enosh*, c'est-à-dire : **qu'est-ce que l'homme** ? Ce cri est celui du Psalme 8 : 5. Il rejoint d'ailleurs une des questions philosophiques les plus essentielles. En d'autres termes, ce qui est en cause ici, c'est l'anthropologie. Car, toute éthique repose sur une anthropologie bien déterminée. Ainsi, la conception évolutionniste ou marxiste de l'homme a des conséquences éthiques immédiates. On peut résumer cela en paraphrasant le dicton « « dis-moi quelle est ton anthropologie, je te dirai quelle est ton éthique ». Ici, ce qui est déterminant pour nous, c'est que l'Ecriture sainte pose les fondements d'une anthropologie bien spécifique : elle nous présente l'homme *créé* par Dieu ; mais plus encore : créé à l'image de Dieu, créature dépendant du Créateur. L'Ecriture tient également compte de la chute originelle et des effets du péché sur l'homme et sur son environnement. Ces points capitaux de la révélation biblique sont absolument normatifs pour notre pensée.

Demander, à la suite du Psalmiste, « **qu'est-ce que l'homme** », c'est montrer que la recherche scientifique en général, la recherche biologique en particulier, ne peut pas être neutre. Je veux dire par là **qu'elle** ne peut pas être considérée de façon abstraite, indépendante du « *projet humain global* ». Ceci soulève la question du Sens : qui est à l'origine de la Vie et **quelle est la finalité de la Vie** ? La question de savoir ce **qu'est l'homme** surgit inévitablement dès lors que nous entendons les généticiens parler de « *machinerie cellulaire* », une expression hautement significative ! Le corps humain devient objet, corps-objet : l'homme devient justiciable de la biotechnologie, il entre dans le domaine de la technique sophistiquée. Le philosophe évoquera ici une des figures les plus radicales du matérialisme français du dix-huitième siècle : celle de La Mettrie, grand admirateur de Descartes, et auteur d'un livre célèbre : *L'Homme-machine*, publié en 1747. Mais au-delà du statut du corps humain, c'est le concept de la personne humaine que les techniques génétiques font voler en éclats : l'*humanitas* de l'homme, pour parler comme les scolastiques, est remise en question. L'homme peut modifier sa propre identité moléculaire : c'est lui qui prend la décision et c'est lui encore qui effectue la manipulation. Ainsi veut triompher l'homme autonome, le *self-made man* biologique parfait. Ainsi est radicalisée l'idée cartésienne : l'homme se rend « comme maître et possesseur de la nature » humaine. A la recherche de nouvelles combinatoires génétiques, l'homme est cet être assoiffé de *se faire* et de *se défaire* à volonté. L'homme se veut auto-créateur et fils de personne. Par contraste avec cette volonté démiurgique et onturgique, la Bible nous montre que

l'homme est créature de Dieu et qu'à ce titre, il est plus que la somme de ses paramètres et de ses codes, fussent-ils génétiques ! Cette remarque nous conduit à notre deuxième point.

2. Sous la poussée irrésistible de la biologie triomphante, on parle désormais de la Vie en termes d'acides nucléiques et de code génétique. La Vie ? nous dit-on, eh bien, ce sont des structures et des programmes ! D'où l'expression significative de « matériel génétique ». L'idéologie mécaniste, une fois de plus, est à l'œuvre ici : le mystère de la Vie devient un problème avec, comme tous les problèmes, ses données techniques et ses solutions rationnelles. Le caractère extraordinaire, merveilleux de la Vie est perdu. On parle à présent d'ingénierie génétique, de biotechnologies, ou de génie génétique ; la Vie se manipule, les ingénieurs généticiens sont à notre porte. On nous propose des *clones*, c'est-à-dire des cellules de même constitution génétique, issues d'une seule cellule par reproduction asexuée : elles sont toutes copies conformes et on a pu parler à leur sujet de « polycopie d'êtres vivants ». La Vie devenant un problème et non plus un mystère, la nouvelle Gnose biologique nous offre d'en comprendre tous les arcanes. Les aniques techniques numérologiques de la Kabbale cèdent le pas aux combinatoires de la biochimie. On y perd en mystère, mais on y gagne en efficacité !

Ici, le théologien croise, une fois encore, sur sa route le chemin évolutionniste. Il y a un lien très étroit entre la génétique moderne et la théorie de l'évolution, sous la forme néo-darwiniste de la théorie synthétique³. Quelle est l'origine de la vie ? Y a-t-il un Créateur ou pas ? Quelle est la finalité de la vie ? Evolutionnisme et créationisme divergent évidemment radicalement, surtout quand l'évolution est celle de Jacques Monod plutôt que celle de Teilhard de Chardin ! Certes, l'universalité du code génétique montre l'unité du vivant. Mais pour l'évolutionniste, cette unité est celle de la Vie et de la matière, de la physico-chimie et de la biologie.

Enfin, une question se pose sur le plan biblique. Lorsque par manipulation on mêle les génomes de souris, de singes et d'homme, on porte atteinte à la nature des espèces : on crée des hybrides. Et pourquoi, sur cette lancée, ne pas déboucher un jour sur la création de nouvelles espèces d'hommes ? Certes, il faut faire ici la part du mythe et du fantasme. Mais la question n'en demeure pas moins posée : jusqu'où peut-on aller dans l'assujettissement des espèces, tel qu'il est évoqué en Genèse 1 : 26,28 ?

3. Ma troisième piste est celle de l'homme créé à l'image de Dieu, *imago Dei*. Nous lisons en Genèse 1 : 27 :

« Dieu créa l'homme à son image :
il le créa à l'image de Dieu,
Homme et Femme il les créa ».

Le terme hébreu original est *tsélèm*, terme rendu dans le grec de la Septante par *eikon*, désignant l'image, le portrait, l'icône de Dieu ! L'homme est également créé à l'*homoiosis* de Dieu, à sa ressemblance.

³ D. Buican, *La génétique et l'évolution*. (Paris : P.U.F.), ch. 5, « L'évolution artificielle et le génie génétique ».

Mais, voilà que l'homme porteur de l'image de Dieu préférerait se façonner lui-même à l'image de son propre désir. Ce serait l'aboutissement ultime de la logique de l'évolution : moi, homme, je me suis fait tout seul !. Nous sommes en présence à la fois d'un prométhéisme biologique et d'un pélagianisme génétique. Or, bibliquement, l'homme est l'image terrestre de Dieu ; dès l'origine, il est dans une relation privilégiée, directe avec son Créateur. De même dans l'épître aux Colossiens, Christ est-il présenté comme l'image (visible) du Dieu invisible. Cela donne véritablement à penser la notion de distance infranchissable séparant la créature du Créateur. L'homme, ontologiquement dépendant de son Seigneur, doit renoncer au vertige de vouloir se faire lui-même.

4. Avec mon quatrième et dernier point, je voudrais évoquer la doctrine biblique de la chute originelle. « Nous croyons que l'homme – qui a été créé pur, sans la moindre tache et conforme à l'image de Dieu – est par sa propre faute déchu de la grâce qu'il avait reçue. Il s'est ainsi séparé de Dieu qui est la source de toute justice et de tous biens, au point que sa nature est désormais entièrement corrompue ». (*Confession de La Rochelle*, article 9).

La Bible nous montre que la chute a eu des conséquences directes : elle a rompu les équilibres des structures du créé. Tant les structures naturelles (physiques, chimiques et biologiques) que les structures culturelles (politiques, économiques, sociales) ont été touchées. Les effets du péché au niveau des structures biologiques ont produit les maladies, le vieillissement et la mort. Les manipulations génétiques font surgir la question : Faut-il soigner l'homme ou bien le corriger ? Faut-il lui porter secours ou bien le rectifier, lui « refaire le portrait » moléculaire ? Les manipulations sont en effet envisagées à l'avenir pour la correction de déficiences d'origine génétique : on remplacera un gène défectueux par un gène normal. Les maladies géniques ou génopathies sont dues à la présence de gènes pathologiques sur les chromosomes ; elles sont transmissibles. L'autre forme de maladies héréditaires dues à des aberrations chromosomiques proprement dites est rarement transmissible : il s'agit alors d'anomalies du nombre ou de la structure des chromosomes, somatiques ou sexuels. (ex : la trisomie 21, par chromosome surnuméraire : caryotype à 47 chromosomes).

Parmi les maladies susceptibles d'être traitées par manipulations génétiques, on peut citer :

- l'anémie falciforme ou drépanocytose, qui est une forme d'hémoglobine : il existe une hémoglobine anormale, l'hémoglobine S, causée par le changement d'un seul acide aminé (l'acide glutamique est remplacé par la valine) ;
- la phénylcétonurie ou oligophrénie phénylpyruvique : une maladie enzymatique ou enzymopathie, due à un trouble du métabolisme de la phénylalanine (qui par manque d'enzyme n'est pas transformée en tyrosine, mais dégradée en acide phénylpyruvique) ;
- la mucoviscidose ou maladie fibrokystique du pancréas, qui est une maladie héréditaire de type autosomique récessif. Très grave, elle mène

à l'heure actuelle dans 80 % des cas à une issue fatale. Statistiquement, elle est la plus fréquente des maladies génétiques de l'enfance (1 cas sur 2000 naissances) ;

— la *béta-thalassémie*, terme génétique désignant un certain nombre d'anémies infantiles héréditaires, transmises sur le mode autosomique dominant. la thalassémie majeure (anémie de Cooley) est la forme très grave chez les sujets homozygotes (accès d'hémolyse massive).

En présence de telles applications éventuelles des manipulations génétiques, le chrétien peut être infiniment *reconnaissant* envers le Seigneur, qui permet à l'homme de soulager la souffrance par correction des déficiences génétiques. On peut donc accueillir favorablement ce type d'interventions médicales. Mais ajoutons aussitôt : corriger des déficiences oui ; remodeler l'homme, non ! Il faut éviter de conférer une dimension mythique aux manipulations génétiques : mythe de l'éradication de toutes maladies et, ultimement, de la victoire génétique définitive sur la mort. Il ne faudrait pas chercher à vouloir annuler, effacer, gommer les effets de la chute et du péché de l'homme. Cette victoire-là est réservée à l'action souveraine de Dieu. Pour l'heure, la « création tout entière soupire et souffre des douleurs de l'enfantement ». (Rm 8 : 22).

De plus, nous voyons en Esaïe 53 : 3-4 que Christ est le serviteur souffrant du Seigneur : il a porté nos souffrances, nos douleurs, nos maladies. Nous ne pouvons donc à n'importe quel prix évacuer la misère due aux retombées biologiques du péché. En outre, supprimer génétiquement les effets biologiques du péché, accomplir une « rédemption » génétique, c'est rendre superflue l'œuvre du Christ, seul vrai Rédempteur. L'Apôtre Paul reconnaît la souffrance qui caractérise le monde présent. Il ne l'élimine pas, il ne la nie pas. Il la pose plutôt comme relative : « J'estime qu'il n'y a pas de commune mesure entre les souffrances du temps présent et la gloire à venir qui sera révélée pour nous ». (Rm 8 : 18). Certes, ce qui est dit ici ne doit en aucun cas être interprété comme un pessimisme foncier traduisant une mentalité de démission. Nous posons simplement ceci : la science médicale est une bonne chose, elle s'inscrit dans le mandat culturel. Il serait irresponsable de refuser les bienfaits de la médecine sous prétexte d'assumer la souffrance du monde déchu ! Mais la Bible ne nous promet nulle part un monde terrestre dénué de toute souffrance physique et psychique. La génétique ne peut artificiellement réaliser cet état, qui est réservé au Royaume de Dieu qui vient dans la gloire, royaume qui est notre très ferme espérance et notre destinée en Christ, notre Seigneur.

EN GUISE DE CONCLUSION : BIEN DES INVENTIONS...

Paul WELLS

« Dieu a fait les hommes droits : mais ils ont cherché bien des inventions. » (Ec 7 : 29).

Nous vivons aujourd’hui, en tous les domaines, dans des situations de grande complexité. Une barrière d’incompréhension se dresse entre le profane et le technicien, et souvent entre les spécialistes relevant des différentes branches de la science.

De plus, aux yeux du chrétien, *tous* les techniciens semblent être peu préoccupés de la foi et de ses principes, comme si la technologie n’était pas concernée par la révélation biblique, pas plus d’ailleurs que par une morale « naturelle » ou laïque.

Deux réactions

Nous acceptons facilement la spécialisation de la technique dans bien des domaines. Nous sommes très contents qu’un électricien compétent équipe notre maison, qu’un bon mécanicien remplace les freins de notre voiture et, plus encore, que les ingénieurs des centrales nucléaires connaissent leur métier ! Mais là où un enjeu personnel existe, nous sommes mal à l’aise : les questions qui touchent à la vie prénatale, à la fin de la vie, à la prolongation de la vie ou aux manipulations génétiques nous troublent.

Face à cette situation, deux réactions se font jour, en dehors du désarroi ou de l’indifférence. La première est faite de sentimentalisme : elle conduit à adopter, face aux décisions relatives à la vie et à la mort, les réactions personnelles du moment : par exemple, ne pas juger la femme qui se décide à avorter, le médecin qui donne la « bonne » mort. Il faut respecter ceux qui connaissent des situations dans lesquelles nous ne nous sommes jamais trouvés. Impossible de « ressentir » la chose comme eux. Il convient de faire abstraction des « principes », à supposer qu’il y en ait.

L'autre attitude consiste à s'en remettre à la décision des spécialistes – des techniciens. On fait confiance, comme Alain Prost avec le nouveau pot d'échappement Midas !

Un exemple troublant, mais typique

Le professeur Alexandre Minkowski, médecin-vedette-médiatique, a écrit une autobiographie amusante *Un Juif pas très catholique*.¹ Abordant les questions délicates des bébés handicapés, de l'avortement et de l'euthanasie, il fait le commentaire suivant :

« (...) Dans notre service, nous essayons de pratiquer ce qui nous paraît être une politique du moindre mal. Nous sommes des expérimentalistes et non des théoriciens. Et des idées comme « toute vie humaine appartient à Dieu », etc., que l'on nous propose régulièrement, ne peuvent pour nous entrer en considération. Nous n'avons à faire qu'à des cas particuliers, sur lesquels il nous faut nous pencher sans préjugés, que nous devons aborder à chaque fois avec un regard neuf. (...)

L'euthanasie est, bien évidemment, une décision très difficile à prendre. D'autant plus que nous ne pouvons nous permettre de nous bercer d'illusions. Une de celles-ci consisterait à croire, par exemple, comme beaucoup de parents, qu'un enfant avec un électroencéphalogramme plat serait malheureux si on le laissait vivre. C'est inexact. Un handicapé cérébral profond n'est probablement pas malheureux, beaucoup moins en tout cas qu'un handicapé moteur condamné à la paralysie mais conscient. C'est donc bien avant tout, je tiens à le répéter, de l'intérêt des parents que nous nous soucions en premier.

Ce choix – disposer ainsi de la vie d'un enfant – m'a été progressivement dicté par l'expérience. Au début de mes études, je suivais aveuglément le serment d'Hippocrate en tout point. L'avortement me paraissait un acte abominable, tout comme l'euthanasie. C'est la réalité qui m'a forcé à réfléchir, et je sais que beaucoup des mes collègues m'ont suivi dans cette évolution – ou précédé. Ce que nous demandons, nous qui avons changé de route, aux inconditionnels de « Laissez-les-vivre », c'est de renoncer à cette attitude rigide qui consiste à dire : « En toute circonstance notre devoir est de... » Il n'y a pas deux circonstances semblables (...). »

M. Minkowski apparaît sous un jour très sympathique dans son livre. Je suis sur qu'il souhaite faire toujours pour le mieux et qu'il a une réelle compassion pour les souffrances humaines. C'est le genre de médecin qu'on souhaite consulter dans une situation épineuse. Il est probable que

¹ A. Minkowski, *Un juif pas très catholique*. (Paris : Ed. Ramsey, 1980). 282-286.

ses décisions correspondent, dans beaucoup de cas, à celles que prendraient les médecins les plus « catholiques ».

Pourtant, son texte est inquiétant. Pourquoi ?

— Il invite à adopter une attitude généreuse, à se laisser guider par des sentiments nés de l'angoisse, motivés par le désir humanitaire de soulager ;

— il semble admettre qu'il n'existe pas de principes ou de normes à appliquer ;

— il est convaincu que chaque cas est particulier et appelle une solution spéciale.

En plus de ces considérations pragmatiques, il met en évidence la solitude du spécialiste à qui il revient de décider. Commentant les problèmes dramatiques posés dans le cas des enfants anormaux, il dit :

« (...) Nous savons, grâce aux travaux des psychologues, médecins ou psychanalystes, et simplement grâce à notre propre expérience quotidienne, que les traumatismes psychologiques causés par la mort d'un enfant sont considérables et peuvent avoir des conséquences dramatiques et irrémédiables. Les parents, et surtout la mère, traversent alors, comme je l'ai déjà signalé, une période épouvantable de culpabilisation. La naissance, qui aurait dû être un événement heureux, une véritable fête, s'est avérée être une catastrophe. Il y a alternance de souhaits de mort et de souhaits de vie, et c'est un déchirement effroyable. Si nous mettions à chaque fois les parents au courant, nous risquerions d'accroître considérablement ce traumatisme. C'est donc à l'équipe soignante, qui rencontre les parents au cours des visites, de décider, en fonction de ce qu'elle observe, si les parents seront capables ou non de supporter le choc. Parfois, il nous arrive ainsi d'aller au-devant de leurs désirs. J'ai eu connaissance, à l'époque où j'avais une clientèle privée, d'une demi-douzaine d'enfants handicapés étouffés dans leur sommeil par leurs parents. Il est évident que mon devoir aurait été de les dénoncer à la police, mais je ne l'ai jamais fait.

Certains parents nous déclarent après : « Nous aurions voulu être consultés. » Cette solution me semblerait idéale, mais malheureusement elle est rarement applicable. Je crois que, lorsque les parents sont terrassés et qu'ils s'en remettent à l'équipe médicale pour ce qui concerne le destin de leur enfant, dans la majorité des cas il vaut mieux ne rien dire. Ni avant ni après. »

D'un point de vue humaniste, M. Minkowski semble avoir raison. Dans beaucoup de circonstances, les contraintes techniques ont rendu chaque décision tellement difficile et lourde de conséquences qu'elle paraît échapper à tout principe général. Les non-initiés ne peuvent plus comprendre. Il faut donc se fier aux sentiments, faire du cas par cas et, à la limite, s'en remettre au spécialiste.

Une éthique de recharge

Pourtant, malgré l'apparence, il n'y a pas rejet de toute éthique, mais substitution d'une éthique à une autre. Des règles sentimentales et humanitaristes ont remplacé les normes fondées sur une conception du bien et du mal. On a substitué un individualisme sentimental à une éthique fondée sur le droit. C'est là qu'apparaît le danger de l'arbitraire.

Imaginons que les idées de Minkowski soient appliquées dans d'autres domaines, celui de l'éducation, par exemple : plus de principe pour noter le travail, chaque étudiant serait un cas particulier et le professeur agirait sans autre guide que ses sentiments. Dans le domaine de la justice, autre exemple, les condamnations pour un même crime pourrait aller, de 20 ans de prison dans un cas à la déportation dans un autre, et à l'absence de peine dans un troisième. Le juge déterminerait la peine tout seul, sans avocat, ni jury. Il ne serait plus question d'innocence ou de culpabilité devant la loi, puisqu'il n'y aurait plus de principes juridiques fondamentaux.

Vivre dans une telle société serait-il enviable ? Non, bien sûr. Pourtant c'est ce que l'on nous propose souvent lorsqu'il est question, en médecine, de la vie et de la mort.

Où aller ?

On pourrait être tenté de désespérer devant le spectacle qui s'offre à nos yeux ; tout dans la société ne va-t-il pas à l'encontre de notre foi ? Tout semble être irréversible ou tellement complexe qu'il n'y aurait plus qu'à se résigner à l'agnosticisme éthique.

Pourtant, si des « hommes de bonne volonté », comme M. Minkowski, se préoccupent du comportement à avoir face aux problèmes de la vie et de la mort, c'est parce qu'ils sont, même s'ils ne le reconnaissent pas, des créatures à l'image de Dieu. Ils se posent des questions. Ils n'agissent pas à la légère, même s'ils ne se réclament pas de principes précis et pratiquent le cas par cas. Leur attitude nous interpelle et constitue, pour nous qui sommes chrétiens, une invitation à agir de façon cohérente par rapport à la révélation divine. Sans éluder la complexité des problèmes, nous avons à expliciter ce que veut dire pour notre éthique le fait d'être « une créature à l'image de Dieu » et, à veiller, face au tragique, à ne pas laisser notre angoisse prendre le pas sur nos convictions profondes.

Les quatre éléments suivants devraient alimenter profondément notre réflexion lors de l'élaboration d'une éthique chrétienne pour la médecine. Ils ont été développés ailleurs dans cette revue : ainsi les résumons-nous seulement ci-après.

L'homme est en totalité image de Dieu

Si la vie humaine a une valeur intrinsèque, c'est que l'homme est *l'image de Dieu* (Gn 1 : 26-30). Dans l'ensemble de son être, corps, intelligence et sentiments, il est appelé à reconnaître sa référence à Dieu. Ses attributs dans leur spécificité et dans leur unité n'existent pas « en eux-mêmes », mais ils sont donnés par Dieu dans la création. Avec son corps, l'homme est appelé à servir Dieu de façon sainte et juste dans le monde matériel ; avec son intelligence qui lui permet de percevoir ce qui le distingue du reste du monde matériel, il a conscience de l'éternité ; ses sentiments le portent à l'amour et à la communion.

Le fait qu'il est créé « image de Dieu » apporte à l'homme le capital qu'il doit investir pour servir Dieu ; l'homme existe pour refléter la gloire divine. Depuis sa rébellion, il voit tous ses attributs pervertis par le péché, non pas perdus, mais défigurés. L'homme en abuse dans sa révolte contre Dieu. Il n'en est pas moins homme ; il est « anti-homme », divisé contre lui-même. D'où les maladies physique, psychique et affective, expressions du mal qui fait souffrir et mourir.

Mais, en Christ, la possibilité de réorienter la vie est donnée grâce au renouveau de l'intelligence dans « la justice, la sainteté, la vérité et la connaissance » à l'image de Christ (Ep 4 : 24 ; Col 3 : 10).

La parole médiatrice

En tant qu'image de Dieu, l'homme a une capacité importante — celle de la parole. Par elle, les êtres humains que nous sommes devenons *sujets* tandis que le monde et nos corps sont constitués comme des *objets*.

La parole est donc ce qui relie entre elles nos caractéristiques spirituelles et corporelles. C'est par elle que nous disons : « ça me fait mal ! » L'homme-image revêt un caractère trinitaire. Comme le Père et l'Esprit communient dans le Fils, la *Parole*, la parole chez l'homme le fait à la fois sujet et objet. En bref, l'homme est une créature relationnelle comme Dieu l'est lui-même.

Il trouve sa raison d'être par la parole, verbale ou gestuelle, adressée à Dieu et aux autres, non en se renfermant sur lui-même. Sur le plan théologique, nous comprenons le sens de notre réalité d'hommes à l'image de Dieu quand notre parole nous constitue sujet et objet *en accord avec la Parole de Dieu* : selon ce que Dieu dit à notre sujet et de nous.

Le sens des valeurs

Je viens d'énumérer un nombre de principes théologiques fondamentaux utiles pour déterminer notre attitude face à la vie et à la mort. Ces

principes ne donnent pas des « réponses immédiates » à tous les problèmes imaginables. Loin de là ! Mais c'est avec eux que nous pouvons commencer à aborder de façon pratique les questions :

- La vie et la mort de l'homme ont leur sens ultime dans le rapport avec Dieu. Notre vie concerne l'image de Dieu, elle vient de sa création et tient son sens de lui. Impossible d'en disposer n'importe comment, car elle est plus qu'une réalité biologique. Le « respect de la vie » n'est pas une expression vide de sens, car c'est une façon de reconnaître Dieu. Certains chercheurs, même non-chrétiens, en proposant récemment un moratoire dans les manipulations génétiques, ont manifesté, par la grâce commune de Dieu, l'intuition que l'homme risque de « défaire » ou de « refaire » ce que Dieu a fait ;
- Dieu est lui-même le sens des réalités humaines que sont la vie et la mort. Celles-ci ne sont rien en elles-mêmes. Leur caractère merveilleux ou tragique disparaît quand l'homme, oubliant leur référence divine, les « normalise » et essaie d'être celui qui contrôle. L'homme ne sera jamais 'auto-créateur, ni sauveur. La perspective chrétienne est radicalement différente : dans la vie et dans la mort, « nous appartenons corps et âme, non à nous-mêmes, mais à Jésus-Christ notre fidèle Sauveur » ;²
- La parole crée la possibilité d'une responsabilité vis-à-vis de nous, vis-à-vis des autres, et de Dieu. A cause d'elle, *rien* n'est jamais perdu, même dans la pire des souffrances. La communication est capitale ; et pour le chrétien, elle est la porte de l'espérance par la prière.

L'espérance

Dieu se révèle dans l'Écriture comme Maître de la vie et de la mort. Une véritable éthique chrétienne (en contraste avec n'importe quelle pseudo-éthique) aura toujours le souci de considérer la Parole de Dieu comme le principe directeur de toute action. Elle formulera d'abord des généralités et elle les appliquera ensuite à des situations diverses. La norme, c'est ce que dit la Parole qui nous place face à Dieu et face à l'autre ; la finalité de toute action est la gloire de Dieu.

Souhaiter appliquer les « principes bibliques » n'est pas un projet abstrait, théorique ou froid. C'est reconnaître que la vérité de Dieu conduit à la liberté. « Vous connaîtrez la vérité et la vérité vous rendra libres » (Jn 8 : 32). Ainsi nous sommes arrachés à l'angoisse ultime de la mort, au vide et au non-sens, car nous savons qu'en Christ, Dieu triomphera du « dernier ennemi ».

La vérité biblique, nous libère et nous permet d'espérer. Elle nous indique nos limites, et elle nous fait savoir que, pour Dieu, il n'y a pas de limites.

² *Catéchisme de Heidelberg*, q. 1.

Cette espérance fondée sur la Parole est doublement concrète. Car en la recevant, notre vie devient une *parole*, une prière à Dieu, une parole d'amour et de vérité pour les autres, aussi diversifiée que les angoisses, les joies, les espoirs et les douleurs que nous pouvons partager avec nos prochains.

Le chrétien, qu'il soit médecin, infirmier, pasteur ou malade, est appelé à être, dans toute son existence, une « parole de Dieu » pour ceux qui souffrent et à leur dévoiler, ainsi, la Parole elle-même.

MÉMOIRES DE MAÎTRISE SOUTENUS A LA FACULTÉ LIBRE DE THÉOLOGIE RÉFORMÉE D'AIX-EN-PROVENCE

Annie Bergès, *Parole de Dieu et analyse structurale*.

Jean-Luc Blanc, *Destin et finalité de la création selon Jacques Ellul*.

Florence Bousquet, *Le Père, le Dieu Père et la Loi*.

Aline Dieleman, *La connaissance de Dieu chez Maître Eckhart*.

Patrick Blissom, *Paroles chemin faisant, du texte biblique à la catéchèse*.

Michel Johner, *Imputation du péché originel et responsabilité personnelle*.

Pierre Lefebvre, *Voyez-vous ce que je veux dire : étude de quelques gestes du prophète Jérémie*.

Paul Schoop, *Le Cantique des Cantiques : quand la sagesse invite Salomon*.

Jean-Philippe Waechter, *Etude des formes et transmission des Evangiles*.

D.E. Yomo, *La temporalité dans la christologie de Karl Barth*.



Certains de ces travaux sont disponibles chez leurs auteurs.

Ecrire à la Faculté de Théologie Réformée,

33, av. Jules-Ferry, F-13100 Aix-en-Provence, qui fera suivre.

DÉCLARATION DU COMITÉ ÉVANGÉLIQUE DE RÉFLEXION SUR L'ÉTHIQUE MÉDICALE AU SUJET DU RU 486

Fondé en 1984 et composé de cinq médecins et de six théologiens issus de divers horizons « évangéliques », le Comité Evangélique de Réflexion sur l'Ethique médicale (*CEREM*) se réunit régulièrement pour examiner les implications morales et spirituelles de l'évolution des sciences médicales. Le premier sujet abordé a été celui de la régulation des naissances.

A cet égard, le *CEREM* note que différentes méthodes dites « contragestives » seront développées et encouragées dans les années à venir. Elles se caractérisent toutes par leur action contre un œuf déjà fécondé, contrairement aux méthodes contraceptives qui agissent avant l'ovulation. Ce sont donc des méthodes abortives.

La Bible, Parole de Dieu aux hommes, souligne la *continuité* sans rupture de l'œuvre de Dieu dès la conception (voir Psaume 139 : 13-16 ; Jérémie 1 : 5). Le *CEREM* affirme que dès la fécondation se déclenche un processus continu, ininterrompu et étendu, avec développement et déclin dans le temps, où chaque étape doit être respectée. Ce processus n'est rien d'autre que la vie d'un nouvel individu créé à l'image et à la ressemblance de Dieu.

Nous mettons les chrétiens en garde contre la commercialisation prochaine par le laboratoire Roussel-Uclaf d'un produit provisoirement appelé « RU 486 ». Il s'agit d'un nouveau contragestif que les femmes n'auront à absorber qu'en fin de cycle. En cas de fécondation au cours du cycle qui précède, le saignement qu'il provoque ne correspond pas aux règles mais à un avortement provoqué précoce. Un tel avortement pourra donc être réalisé chez soi, anonymement et de façon répétitive.

Nous invitons les chrétiens à ne céder ni à la facilité, ni au laisser-aller, mais à prendre leurs responsabilités devant Dieu et devant leurs contemporains dans toutes les questions relevant de la régulation des naissances.

CEREM
Faculté Libre de Théologie Réformée
33, avenue Jules-Ferry.
13100 Aix-en-Provence.

P.S. – Pour plus de précisions, lire *N'oublie jamais la vie : la contraception jusqu'où ?* du Dr S. Saltzmann (ED. L.L.B., 68500 Guebwiller).

CARREFOUR 1987 A AIX-EN-PROVENCE

« *Le renouveau possible de l'Eglise, dans quelles conditions ?* »

Les participants venus, à quelques exceptions près, des régions du sud de la France, et dont le nombre à fluctué de 70 à 140 environ, se réclamaient d'obédiences ecclésiales diverses, tant Réformées qu'« évangéliques ».

Stimulant très apprécié en cette occasion, les contributions apportées sous des angles de vue complémentaires par les intervenants invités, venus de l'extérieur ; elles ont contribué pour tous une source d'approfondissement, en même temps qu'un élargissement de notre champ de réflexion. A l'analyse sociologique du professeur F. Dreyfus (ECAAL), de l'Université de Strasbourg, se sont jointes les approches méthodologiques et pratiques de pasteurs engagés à part entière dans la vie de l'Eglise, MM. R. Vajko (AEEI), de Hadjetlaché (ERF) et D. Bergère (EREI).

Une constatation : « L'Eglise ne répond plus ». Face aux défis de la société contemporaine « sécularisée » prônant un mode de vie à dominante matérialiste et individualiste, face à un vide idéologique et à un relativisme généralisé, face à la perte de tout sens des valeurs essentielles, et à un besoin spirituel grandissant, l'Eglise a, semble-t-il, le plus souvent pris congé, gommant sa spécificité et émoussant, de ce fait, sa propre pertinence. Comme membres de ces Eglises et comme membres du Corps du Christ, avons-nous le droit de voir dans le déclin actuel un phénomène « normal », un processus inéluctable ? Avons-nous le droit de nous réfugier derrière une attitude résignée de « perpétuelle » minorité dépourvue d'impact réel sur la société ? En réponse à cette interrogation, les intervenants au Carrefour ont approuvé un NON résolu, non à tout pessimisme, ferment de passivité. Toutefois, à ce « choix » de l'optimisme, une condition de taille : pour qu'il y ait une Eglise de demain, l'Eglise d'aujourd'hui doit renaître à sa véritable vocation, celle que lui adresse, dans la fidélité à ses promesses, son chef Jésus-Christ.

Pas de doute possible : pour l'exégète du NT comme pour l'historien de l'Eglise et le dogmaticien intervenus lors du Carrefour, c'est l'ensemble du peuple de l'Eglise, dépositaire d'un même sacerdoce, qui est appelé à s'engager sur la voie d'une « re-construction ». Notre tâche : partir à la « reconquête » d'une vie d'Eglise locale conforme à notre vocation ; celle qui est de briller ensemble « comme des flambeaux dans le monde, portant la parole de vie. » (Ph. 2 : 15-16).

d'après Claire-Lise Lombard.

Le prochain Carrefour aura lieu du 14 au 16 février 1988, avec pour thème : « La transmission de la foi ».

PUBLICATIONS DISPONIBLES

LA REVUE RÉFORMÉE 33, av. Jules-Ferry, 13100 Aix-en-Provence
C.C.P. : Marseille 7370 39 U (1)

Roger BARILIER, Jonas lu pour aujourd'hui	20,—
John MURRAY, Le Divorce, 2 ^e Edition	30,—
John KNOX, Lettre à un Jésuite nommé Tyrie. Traduction, introduction et notes par Pierre Janton	20,—
Ta Parole est la Vérité, Conférences du Congrès de Théologie Evangélique de Paris 1968	20,—
Birger GERHARDSSON, Mémoire et manuscrits dans le Judaïsme rabbinique et le christianisme primitif. Adaptation de J.G.H. Hoffmann	20,—
Rudolf GROB, Introduction à l'Evangile selon saint Marc, Présentation de J.G.H. Hoffmann	20,—
Canons du Synode de Dordrecht (1618-1619)	20,—
Jean CALVIN,	
<i>Les Béatitudes, Trois prédications</i>	20,—
<i>Sermons sur la prophétie d'Esaié LIII</i>	30,—
<i>L'annonce faite à Marie et à Joseph</i>	20,—
<i>Le cantique de Marie</i>	20,—
<i>Le cantique de Zacharie</i>	20,—
<i>La naissance du Sauveur</i>	20,—
<i>Les quatre fascicules sur la Nativité, ensemble</i>	60,—
Théodore de BÈZE, La Confession de Foi du Chrétien, Texte modernisé. Introduction, préface et notes de Michel Réveillaud	50,—
J. DOUMA, L'Eglise face à la guerre nucléaire	30,—
Auguste LECERF, Des moyens de la Grâce	25,—
Pierre MARCEL :	
CALVIN et COPERNIC, La Légende ou les Faits ? La Science et l'Astronomie chez Calvin. 210 p.	45,—
<i>La Confirmation doit-elle subsister ? Théologie Réformée de la confirmation</i>	20,—
<i>L'Actualité de la Prédication</i>	20,—
<i>L'Humilité d'après Calvin</i>	15,—
<i>A l'écoute de Dieu, manuel de direction spirituelle</i>	25,—
<i>A l'école de Dieu, catéchisme réformé</i>	25,—
<i>«Dites notre père», la prière selon Calvin</i>	20,—
<i>La communication du Christ avec les siens : La Parole et la Cène</i>	20,—
Paul WELLS, Les problèmes de la méthode historico-critique	5.—
Le mariage en danger, par P. BERTHOUD, W. EDGAR, C. ROUVIÈRE et P. WELLS	20,—
Editions KERYGMA, 33, av. Jules-Ferry, 13100 Aix-en-Provence C.C.P. : Marseille 2820 74 S (1)	
Catéchisme de Heidelberg	25,—
Jean CALVIN :	
<i>Institution de la Religion chrétienne, Nelle Ed. reliée.</i>	144,—
<i>Commentaire sur le livre de la Genèse, relié</i>	69,—
<i>Commentaire sur l'Evangile de Jean, relié</i>	69,—
<i>Commentaire sur l'Epître aux Romains, 2^e Ed.</i>	43,—
<i>Commentaires sur les Epîtres aux Galates, Ephésiens, Philippiens, Colossiens, relié</i>	43,—
<i>La vraie façon de réformer l'Eglise</i>	25,—
Pierre COURTHIAL :	
<i>Fondements pour l'avenir</i>	60,—
<i>Commentaire de la Confession de Foi de La Rochelle</i>	25,—
<i>La Foi en pratique</i>	15,—
Francis SCHAEFFER :	
<i>Le Baptême</i>	15,—
Paul WELLS :	
<i>Quand la Bible parle de la Bible</i>	10,—
<i>Le renouveau possible de l'Eglise</i>	15,—
Ouvrage collectif :	
<i>Calvin et la Réforme en France</i>	20,—
<i>Dieu parle</i>	80,—
(1) Ces tarifs s'entendent frais d'envoi en sus.	

sommaire

REFLEXIONS SUR L'ETHIQUE MÉDICALE

Etienne MARTIN,

Accompagner la vie et la mort en médecine

1

Pierre BERTHOUD,

L'homme, la mort et la vie

12

André SCHLEMMER,

Le respect de la vie devant la naissance et la mort

24

Daniel BOGGETTO,

Quelques réflexions sur le diagnostic anténatal et
l'avortement « thérapeutique »

34

Christian ROUVIERE,

Ethique et manipulations génétiques

46

Paul WELLS,

En guise de conclusion : bien des inventions... . .

56

